

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**SELMA APARECIDA CASELLI MARTINS**

**COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA  
À SAÚDE: uma “arena” de sentidos, emoções, saberes e fazeres**

**FLORIANÓPOLIS – SC**

**2011**



**SELMA APARECIDA CASELLI MARTINS**

**COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA  
À SAÚDE: uma “arena” de sentidos, emoções, saberes e fazeres**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Área de concentração Práticas Sociais e Constituição do Sujeito.**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. EDITE KRAWULSKI**

**FLORIANÓPOLIS, 2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

M386c Martins, Selma Aparecida Caselli

Cotidiano de trabalho de profissionais da atenção básica à saúde [dissertação] : uma arena de sentidos, emoções, saberes e fazeres / Selma Aparecida Caselli Martins ; orientadora, Edite Krawulski. - Florianópolis, SC, 2011. 165 p.: tabs., quadros

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Trabalho. 3. Cotidiano. 4. Saúde e trabalho. 5. Políticas públicas. I. Krawulski, Edite. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**SELMA APARECIDA CASELLI MARTINS**

### **COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: uma “arena” de sentidos, emoções, saberes e fazeres**

**Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e  
Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.**

**Florianópolis, 17 de fevereiro de 2011**

---

**Profa. Dra. Kátia Maheirie  
Coordenadora PPGP/UFSC**

---

**Profa. Dra. Edite Krawulski  
PPGP/UFSC - Orientadora**

---

**Prof. Iúri Novaes Luna  
PPGA/UNISUL - Examinador**

---

**Profa Dra Daniela Ribeiro Schneider  
PPGP/ UFSC - Examinadora**

---

**Profa Dra Zuleica Maria Patrício  
Colaboradora PPG/UFSC - Examinadora**

---

**Profa Dra Suzana da Rosa Tolfo  
PPGP/UFSC - Suplente**



Dedico esta dissertação a todos os profissionais da atenção básica do sistema SUS do município de Florianópolis, que por sua vez, dedicam-se cotidiana e incansavelmente a construir um espaço efetivo de atenção integral à saúde.





## AGRADECIMENTOS

Desde já desculpo-me caso alguém sinta-se preterido nesta página mas se tem algo que aprendi com a vida é que não se pode agradar a todos na mesma proporção.

Se for lembrar dos principais ensinamentos que recebi, devo-os essencialmente aos meus pais, que me transmitiram, acima de tudo, o respeito pelas idéias do outro e a noção de compromisso e implicação em todas as minhas escolhas de vida, embora talvez nem eles saibam disso.

Aos meus filhos Caio e Nara, agradeço a oportunidade e a abertura de poder participar de suas vidas e compartilhar de suas alegrias, tristezas e de sua juventude o que me motiva a uma busca contínua de motivos para ser mais feliz.

Ao meu marido Marcelo, companheiro de mais de 30 anos, que passou comigo pelas transformações da juventude e que hoje na maturidade continua me apoiando em minhas investidas pela vida, compreendendo muito bem inclusive as minhas ausências.

Não posso me esquecer da Nina meu braço direito lá em casa, cuja presença me deu suporte e tranquilidade para dar mergulhos nos estudos sem hora para terminar.

Sou profundamente grata a Edite, minha orientadora com quem estabeleci um vínculo que se estende do respeito pela sua seriedade, compromisso e capacidade de entrega ao trabalho, a uma sintonia de idéias e de comunicação que se estabeleceu entre outros fatores, também pela presença do afeto que acredito ser recíproco.

À minha amiga e também colega de mestrado Luciana que esteve presente durante esses dois anos, ouvindo choramingos nos momentos mais difíceis, ao mesmo tempo compartilhando comigo cafés deliciosos em sua casa ou na minha nos domingos à tarde, ocasiões em que nos realimentávamos para reiniciar a semana.

Quero agradecer também aos meus colegas do Programa de Residência Psiquiátrica do HU/IPQ, especialmente a Rosana, querida amiga e parceira de trabalho de muitos anos, pela compreensão por alguns momentos de ausência em períodos mais críticos relativos àqueles prazos inadiáveis.

Aos professores e colegas do PPGP/UFSC agradeço especialmente a Mériti, Kleber, Maria, Kátia e Dulce, que contribuíram nas etapas precedentes à qualificação do meu Projeto com sugestões que oportunizaram mudanças de rumos em tempo hábil.

Às professoras Jadete, Zuleica e Maria agradeço pelas contribuições trazidas em minha Banca de Qualificação do Projeto de Pesquisa as quais espero ter sido capaz de aproveitar a contento.

Ao Álvaro, Aruã e Fer agradeço pelo tempo dispensado, em meio às suas férias, na revisão de meu Abstract e na formatação de quadros e tabelas.

Não poderia deixar de agradecer a todos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que acolheram meu Projeto de Pesquisa, desde sua aprovação como também as minhas solicitações de busca no Banco de dados do SIGRH, em especial ao funcionário Lucas que se disponibilizou pessoalmente a me ajudar.

Por fim, agradeço profundamente a todos os profissionais que se dispuseram a falar sobre o seu trabalho na atenção básica em um movimento que envolveu, sem dúvida, uma exposição e uma reflexão que exigiram ao mesmo tempo atitudes de entrega e de coragem.



## RESUMO

MARTINS, Selma Aparecida Caselli. **COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: uma “arena” de sentidos, emoções, saberes e fazeres.** 2011. 165 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Este estudo, tomando como pano de fundo o trabalho contemporâneo, debruçou-se sobre os temas da saúde na atenção básica e das políticas públicas norteadoras deste nível de atenção, além do enfoque no cotidiano e nos sentidos do trabalho. Seu objetivo principal consistiu em compreender o cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica nos Centros de Saúde de Florianópolis. Os objetivos específicos buscaram identificar os sentidos que profissionais da atenção básica atribuem ao seu trabalho cotidiano, as trajetórias profissionais destes trabalhadores, suas respectivas qualificações para as atividades que realizam, as concepções e sentimentos mobilizados pelo trabalho e as concepções de políticas públicas de saúde presentes em seus discursos e em suas práticas. O estudo tomou por base o referencial sócio-histórico, e utilizou metodologia de abordagem qualitativa. Foram entrevistados 10 profissionais de diferentes categorias funcionais que trabalham em Centros de Saúde dos cinco Distritos Sanitários distribuídos regionalmente pelo município. A análise de dados foi realizada a partir de núcleos de significação definidos tendo em vista os objetivos do estudo aliados aos temas emergentes nos discursos captados através das entrevistas. Foram identificados três núcleos de significação: Trajetórias de trabalho dos profissionais: a integração da vida com o trabalho; Concepções e sentimentos em relação ao trabalho: emoção e intensidade afetiva, criatividade, saberes tácitos e estratégias defensivas no combate às dissonâncias no cotidiano; Políticas públicas em saúde: o que se conhece, o que se faz na prática e o que se deseja fazer. Os resultados apontaram o trabalho nesse nível de atenção possuindo um sentido geral de estreita ligação com a vida dos profissionais que o desenvolvem. Suas trajetórias profissionais estão relacionadas na maioria das vezes à área da saúde desde o início das carreiras. As qualificações estão apropriadas de um modo geral às funções desenvolvidas, porém as capacitações oferecidas o são de forma não padronizada, e muitas vezes são buscadas por iniciativa e conta do próprio trabalhador. O trabalho desenvolvido é dotado de alta carga de intensidade emocional; afetos tanto positivos quanto negativos e aspectos como a necessidade de reconhecimento e de participação no modo de organização do processo de trabalho são referidos como elementos que ajudam no combate às adversidades do cotidiano laboral. Estratégias defensivas criadas singularmente são citadas como parte deste embate diário, como o uso do tempo como aliado e o jogo de cintura necessário à resolução de problemas. As políticas públicas de saúde na forma de normativas e diretrizes são reconhecidas da maioria como formas de organizar o trabalho e citadas de modo superficial em seus princípios gerais. Aspectos relativos à participação e controle social são referidos como ausentes no cotidiano tanto dos usuários como dos profissionais que trabalham neste nível de atenção à saúde. Tendo em vista os achados encontrados, considera-se que o presente estudo pode contribuir para a construção de fundamentos teórico-práticos que subsidiem a melhoria das condições de trabalho dos sujeitos executores das políticas públicas de saúde no âmbito da atenção básica.

Palavras-chave: cotidiano de trabalho, sentidos do trabalho na atenção básica, políticas públicas de saúde



## ABSTRACT

MARTINS, Selma Aparecida Caselli. **QUOTIDIAN WORK OF HEALTH BASIC ATTENTION PROFESSIONALS: an “arena” of meanings, emotions, knowledges and practices.** 2011. 165 p. Psychology Dissertation. – Psychology Postgraduation Program of Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

This study, taking the contemporary work by basis, was aimed at health related themes at basic attention, public policies that drives this attention level as well as the focus on the quotidian and meanings of work. Its primary objective consisted on identifying the quotidian work of health basic attention professionals at health centers. The specific objectives sought to identify these workers' professional meanings of work, their trajectories, their respective qualifications for their occupational activities, conceptions and feelings, which are mobilized by the work and the conceptions of public policies of health present in their speeches and practices. The study was founded upon the social-historic referential and used a qualitative approach method. Ten professionals of different functional categories that work at health centers at five regional sanitary districts were interviewed. The data analysis was done through signification nucleuses that were defined according to the study objectives allied to emerging themes in the speeches present in the interviews. Three signification nucleuses were identified: Professional trajectories and life and work integration; Conceptions and feelings related to the work: emotions and affective intensity at work, creativeness, recognition aspects, participation and defensive strategies to deal with quotidian dissonances; and Conceptions of public policies present in the speeches and practices of involved professionals. The results, reviewed in the final considerations, pointed the work in this attention level towards a general meaning of close connection to the life of professionals who develop it. Their trajectories are usually related to the health area since the beginning of their careers. The qualifications are generally appropriated to the developed functions, however the training offered is not standardized and often through the professional's own initiative. The work developed is highly loaded with emotional intensity; positive or negative affection and aspects such as the necessity of recognition and participation in the form of organization of the work process, which are referred as elements that help the struggle against adversities in the working quotidian. Defensive strategies that are singularly created are mentioned as part of this daily struggle, such as the use of time as an ally and the necessary flexibility for problem solving. The public policies of health in the form of regulations and guidelines are recognized as ways to organize the work and are superficially mentioned at their general principles, which are acknowledged by most of the professionals. Aspects related to the participation and social control are referred as absent in the users' quotidian as well as in the quotidian of professionals that work in this level of attention to health. This study can be used to build theoretic-practice constructs to develop better works conditions for professionals at health attention level.

Key-words: quotidian work, meanings of work at basic attention to health, public policies of health.



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização dos sujeitos .....	76
QUADRO 2 – Trajetória profissional dos sujeitos .....	79

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Sul .....	143
TABELA 2 - Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Leste .....	145
TABELA 3 - Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Norte .....	147
TABELA 4 - Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Continente .....	149
TABELA 5 - Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Centro .....	151





## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

MS – Ministério da Saúde  
SES – Secretaria de Estado da Saúde  
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
CS – Centro de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
DS – Distrito Sanitário  
SUS – Sistema Único de Saúde  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNH – Política Nacional de Humanização  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
AFLOV – Associação Florianopolitana de Voluntários  
CF – Constituição Federal  
CLT – Consolidação de Leis Trabalhistas  
INAMPS – Instituto Nacional do Ministério da Previdência Social  
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
MDB – Movimento Democrático Brasileiro  
CEPSH – Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
ACO – Atendente de Consultório Odontológico  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
TCC – Terapia Cognitivo Comportamental  
OIT – Organização Internacional do Trabalho



## SUMÁRIO

RESUMO .....	11
ABSTRACT .....	13
LISTA DE QUADROS .....	15
LISTA DE TABELAS .....	15
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	17
1 INTRODUÇÃO .....	21
1.1 Escolha do tema da pesquisa .....	21
1.2 Contextualização do campo e delimitação do problema da pesquisa .....	24
1.3 Objetivos do estudo .....	33
1.4 Justificativas e finalidades do estudo .....	34
2 MARCO TEÓRICO .....	36
2.1 O trabalho na contemporaneidade e o setor de serviços.....	36
2.2 O trabalho na saúde no setor público .....	39
2.2.1 Políticas públicas de atenção à saúde no Brasil e a implantação do PSF .....	42
2.2.2 Processos de trabalho em saúde, atenção básica e saúde da família.....	46
2.3 Sentidos e significados do trabalho.....	51
3 MÉTODO .....	58
3.1 Critérios para escolha do método .....	58
3.2 Caracterização do estudo .....	61
3.3 Preceitos éticos .....	62
3.4 Pesquisa exploratória .....	64
3.5 Campo e sujeitos da pesquisa .....	66
3.6 Procedimentos metodológicos .....	67
3.6.1 Instrumento para coleta de informações .....	69
3.6.2 Recursos de análise e devolução dos resultados .....	70

4 O COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....	74
4.1 Trajetórias de trabalho dos profissionais: a integração da vida com o trabalho.....	74
4.2 Sentidos, concepções e sentimentos em relação ao trabalho: emoção e intensidade afetiva, criatividade, saberes tácitos e estratégias defensivas no combate às dissonâncias no cotidiano .....	90
4.3 Políticas públicas em saúde: o que se conhece, o que se faz na prática e o que se deseja fazer .....	109
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES: reflexões sobre um trabalho desenvolvido em uma “arena” de sentidos, emoções, saberes e fazeres .....	123
REFERÊNCIAS .....	129
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	140
APÊNDICES .....	141
Apêndice A - Tabela 1.....	143
Apêndice B - Tabela 2.....	145
Apêndice C - Tabela 3.....	147
Apêndice D - Tabela 4.....	149
Apêndice E - Tabela 5.....	151
Apêndice F – Carta de Apresentação e solicitação de participação.....	153
Apêndice G – Roteiro de Entrevista semi-estruturada.....	155
Apêndice H - Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	157
ANEXOS .....	159
Anexo A - Ata do Exame de Qualificação do Projeto de Pesquisa .....	161
Anexo B - Declaração de Consentimento da Comissão de Pesquisa da SMS/PMF.....	163
Anexo C – Certificado do CEPESH – UFSC .....	165

*Ao mesmo tempo é verdade que o mundo é o que vemos e que, contudo, precisamos aprender a vê-lo (MERLEAU-PONTY, 1984, p. 16).*

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Escolha do tema da pesquisa**

O pensar sobre a escolha do tema da pesquisa aqui apresentada esteve o tempo todo presente, desde o início do processo de seleção para o Mestrado junto ao PPGP/UFSC. Havia a clareza de que esse tema deveria necessariamente estar vinculado a um campo e em torno de idéias sobre as quais se pudesse falar com certo grau de envolvimento, a fim de que a motivação necessária para o seu desenvolvimento pudesse ser sustentada até as últimas linhas do estudo.

Minayo (2004, 2007) e Krawulski (2004) defendem a idéia de que os temas escolhidos pelos pesquisadores têm correspondência e pertinência com o mundo real de cada um, incluindo suas práticas, preferências, valores, interesses e princípios. Esta idéia é reforçada por Deslandes (2007, p. 46), ao afirmar que a justificativa pessoal para a escolha de determinado problema para estudo situa-se simetricamente “na trajetória profissional e biográfica do pesquisador”.

Para Demo (2007, p. 28), “a ciência é somente um modo possível de ver a realidade, nunca único e final”. Nesse sentido, é preciso saber que, partindo do princípio de não se pretender e sequer tentar esgotar a realidade, o esforço em conhecer melhor certo objeto de estudo impõe-nos abrir mão de certos interesses em prol de outros. A partir dessas colocações se apreende que não somos neutros nem na escolha do tema e tampouco na sua problematização. Colocar-se na neutralidade, para este autor, por si só já consistiria em tomar posição. Em suas palavras, “na realidade social há no fundo coincidência entre sujeito e objeto, já que o sujeito faz parte da realidade que estuda” (2007, p. 28).

Agregado à reflexão acerca da impossibilidade da neutralidade do pesquisador na escolha e problematização do seu tema de pesquisa encontra-se o questionamento de sua utilidade e ponto de partida. Sobre esta questão, Umberto Eco incita aquele que está por fazer a escolha de seu tema a questionar se há sentido em discutir a utilidade de uma tese partindo da pergunta: “será mais útil fazer uma tese de erudição ou uma tese ligada a experiências práticas, a empenhos sociais diretos?”. Em seguida, afirma ser esta mesma pergunta “ociosa”

na medida em que, ao final, “cada um faz aquilo que lhe agrada” (1983, p. 25), de onde se conclui não haver regras que impeçam o pesquisador de iniciar-se na pesquisa partindo de um marco zero ou, então, de aproveitar sua experiência ou estudos previamente desenvolvidos.

Já Furlan (2008, p. 28), a esse respeito, defende que

o movimento de pensamento que privilegia a questão e abertura à experiência favorece a criatividade e a liberdade de pensamento, mas pode deixar o pesquisador desamparado frente à realidade. É um movimento que privilegia o não-saber, mas também é o saber que representa o motivo da pesquisa, pois uma questão não se coloca nunca a partir do nada, apoiando-se sempre em um saber adquirido.

A saída seria, então, encontrar uma estratégia para manter uma boa relação entre teoria e experiência, isto é, procurar contrabalancear, nas palavras desse autor, “a capacidade do saber para abrir ou produzir novos conhecimentos e a possibilidade de recusar esse saber em função de uma nova orientação de sentido da realidade” (FURLAN, 2008, p. 28). Em suma, procurar fazer da experiência uma experiência de pensamento, indo além dos significados estabelecidos.

Considera-se que o pesquisador constrói seu caminho de pesquisa a partir de um contexto sócio-historicamente vivenciado, modificando-o e sendo modificado pelas relações nele estabelecidas, embora nem sempre esteja totalmente consciente<sup>1</sup> desse processo. Aspectos subjetivos que envolvem a motivação e o desejo de entregar-se ao tema escolhido, o qual, por sua vez, não consiste em algo plenamente estável e acabado *a priori*, vão sofrendo os impactos das dúvidas, dos troços e das descobertas que se dão pelo caminho, num movimento contínuo de construção e desconstrução. A escolha do tema de pesquisa aqui apresentada deu-se nesse movimento: a vivência pessoal e profissional da pesquisadora inclui um histórico de mudanças entre cursos de graduação, cidades e pertencimento a diversos grupos de convivência. Essa experiência pessoal envolvendo o iniciar e reiniciar projetos de vida em diferentes localidades e grupos, com as particularidades que essa demanda inclui, propiciou a oportunidade de refletir e optar pelo estudo e prática profissional voltada ao trabalho no campo da saúde. Ao longo de 16 anos dedicados ao trabalho em Saúde Mental, a atuação em serviços ambulatoriais e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina preconizava e exigia as demandas do trabalho grupal e em equipe multidisciplinar, conforme previsto pela Portaria 224 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1992).

---

<sup>1</sup> Para Vygotski (1996), a psique é parte integrante de um processo complexo que não se limita em sua vertente consciente; considera lícito falar em psicologicamente consciente e inconsciente, sendo, este último potencialmente consciente e, portanto, diferente da noção de inconsciente para Freud.

Fazer parte de equipes de trabalho em saúde com toda a complexidade que essa tarefa pressupõe propiciou uma experiência repleta de gratificações e frustrações e, ao mesmo tempo, uma intrigante vontade de compreensão da dinâmica presente nos processos laborais dos sujeitos implicados nessa intrincada relação envolvendo as dimensões individual e coletiva do trabalho cotidianamente. Essa razão foi preponderante para se aceitasse o desafio de desenvolver um Projeto de trabalho na Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis (MARTINS e BORCHARDT, 2007) junto às equipes da atenção básica do município, fundamentado nos princípios da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2006a). Um dos princípios dessa política trata da valorização e do protagonismo dos indivíduos que lidam com os usuários da rede de saúde. A execução desse Projeto junto ao município entre os anos de 2007 a 2009 permitiu uma proximidade com a realidade e as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho na atenção básica. Esta experiência propiciou a certeza de estar diante de um material de trabalho rico e suficientemente relevante que justificasse adentrar no campo da pesquisa científica para melhor estudar esta temática, delimitando o problema a partir de reflexões advindas dessa prática.

Escolhido como tema de pesquisa o trabalho dos profissionais da atenção básica à saúde, veio a etapa de definir o caminho epistemológico a ser utilizado, quando se buscou elaborar uma composição teórica minimamente coerente com os caminhos trilhados até então, durante um longo ano repleto de informações a partir das disciplinas obrigatórias do mestrado e de uma busca incessante de conexões, esclarecimentos e diferenciações necessárias junto aos professores, colegas e orientadora. A opção de pautar o estudo por uma perspectiva epistemológica predominantemente sócio-histórica possibilitou uma reflexão crítica acerca da prática profissional vivenciada pela pesquisadora: a intervenção psicossocial fez parte desta prática voltada para a Saúde Mental no serviço público estadual desde o seu ingresso em 1986, no Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto/SP, passando posteriormente pelo Ambulatório de Saúde Mental da PUC de Campinas/SP e, por último, de 1993 a 2006, no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina em Florianópolis. Durante muitos anos esta prática esteve voltada a usuários dos serviços de Saúde Mental, e mais recentemente, de 2007 a 2009, a serviço do município de Florianópolis, aos profissionais das equipes de atenção básica à saúde.

Essa reflexão a respeito da trajetória profissional da pesquisadora tanto fazendo parte de equipes de Saúde Mental como atuando com trabalhadores da saúde, os quais estão constituídos e delimitados em sua prática social e historicamente, porém sujeitos a aspectos

particulares da esfera da psicodinâmica do trabalho, desencadeou a busca de elementos teóricos que auxiliassem na contextualização do problema de pesquisa e igualmente contemplassem os achados oriundos do campo. Observou-se e vivenciou-se ao longo desses anos o quanto o trabalho na área da saúde se caracteriza por aspectos particulares relativos à sua organização e também à subjetividade dos sujeitos envolvidos, sejam eles os usuários que se encontram em uma situação de fragilidade física, emocional e/ou social quando vêm em busca dos serviços, sejam os profissionais incumbidos de sua assistência. Estes atores sociais encontram-se todos inseridos em um contexto social e histórico que delimita e define os processos e as relações de trabalho no âmbito do cotidiano das unidades de saúde.

As relações de trabalho estabelecidas nestes contextos, especificamente, são carregadas de uma complexidade na maioria das vezes invisível aos olhos de quem utiliza os serviços, de quem os planeja e gerencia, e não menos invisível, por vezes, aos olhos dos próprios profissionais que desenvolvem o trabalho cotidianamente. Torna-se muito fácil perder a capacidade de reflexão sobre o próprio trabalho, isto é, “alienar-se”, parafraseando Heller (1989): perder-se no cotidiano das ações, principalmente quando se está sujeito, frequentemente, a normativas e deliberações de última hora e a metas numéricas a alcançar, em uma esfera de ação na qual o imponderável relativo à subjetividade humana insiste em compacer.

Diante dessas constatações e procurando aliar as reflexões advindas da prática às reflexões acerca da prática desses sujeitos, o trabalho dos profissionais da atenção básica à saúde no município de Florianópolis passou a constituir-se como parte central do problema a ser contextualizado e delimitado neste estudo.

## **1.2 Contextualização do campo e delimitação do problema da pesquisa**

Em Florianópolis, o trabalho cotidiano dos profissionais da atenção básica à saúde se desenvolve através da operacionalização da proposta de ESF (Estratégia de Saúde da Família), cuja implantação gradativa após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde iniciou-se em 1994, na forma de programa proposto pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. O programa em questão, denominado de Programa de Saúde da Família (PSF), é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, visando à integralidade dessa assistência com a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (BRASIL, 2006b). A partir de 1998, vem se caracterizando uma mudança significativa no modelo assistencial em



todo o país, ocasião em que o PSF passou a significar o principal investimento das Secretarias Municipais de Saúde. Por se tratar de um programa tido como prioritário pelo Governo Federal, os recursos financeiros vieram representar grandes atrativos para os municípios (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS/SMS, 2006).

Com a implantação do PSF as equipes da atenção básica à saúde se multiplicaram no município, passando de seis para 52 no período entre 1997 e 2004; em 2005 eram 63 equipes; em 2006 este número já era de 78 equipes e em 2007 já passava para 85 (BASTOS e KAWASE, 2007). As equipes do PSF são compostas por médico de família, médico pediatra, ginecologista, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (GRISOTTI e PATRICIO, 2006). Além dessas categorias, há a retaguarda assistencial em geriatria, psiquiatria, psicologia, nutrição e educação física, prestada por profissionais pertencentes a Núcleos de Atenção à Saúde da Família - NASF<sup>2</sup>.

O número de profissionais cadastrados pelo Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (PMF/SIGRH, 2010) era de 1724 servidores inseridos nos Centros de Saúde até abril de 2010, incluindo os agentes comunitários de saúde os quais, até dois anos atrás, eram contratados pela Associação Florianopolitana de Voluntários - AFLOV e hoje estão incorporados ao quadro da Secretaria. Esse número engloba tanto aqueles concursados e contratados pela CLT como os contratados temporariamente. Esses profissionais compõem equipes da atenção básica e de PSF distribuídas em 49 Centros de Saúde, sob a gerência de cinco Distritos Sanitários localizados por região do município de Florianópolis considerando o número de habitantes, a saber: norte (64.563 habitantes e 18 equipes de PSF), sul (76.142 habitantes e 23 equipes de PSF), leste (61.580 habitantes e 14 equipes de PSF), centro (91.067 habitantes e 10 equipes de PSF) e continente (103.371 habitantes e 20 equipes de PSF) (BASTOS e KAWASE, 2007).

Este estudo buscou captar a singularidade do trabalho de profissionais que atuam nestas equipes, caracterizada por complexidade, multidimensionalidade de relações e interdependência de funções e tarefas no cotidiano de trabalho nos Centros de Saúde municipais. Buscou especificamente pelos sentidos atribuídos ao trabalho por esses

---

<sup>2</sup> Segundo o Art. 1º da Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os NASF têm por objetivo “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008).

profissionais, justamente por enxergar a sua inserção em uma dinâmica de trabalho extremamente complexa de ser compreendida. Nesse sentido, alguns termos e questões relativas a esse campo são essenciais na delimitação e contextualização do problema e são tratados brevemente aqui, sendo retomados em pormenor no capítulo 2 que trata do marco teórico da pesquisa.

Os processos de trabalho nestas unidades se definem tendo como base três princípios – a universalidade, a integralidade e a equidade – os quais norteiam o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação a partir da constituição de 1988, e de sua vigência, com a aprovação das Leis Orgânicas<sup>3</sup>, em 1990.

Atenção Básica consiste em denominação utilizada no Brasil para a operacionalização da atenção primária de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, compreende um conjunto de ações prestadas às pessoas e à comunidade com vistas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, bem como ao tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2000). O trabalho na atenção básica à saúde conta com um elenco de profissionais constituído, em sua maioria, no modelo tradicional de saúde, com trajetórias profissionais construídas nos outros níveis de atenção à saúde, provenientes de serviços ambulatoriais, hospitais e centros de reabilitação. A este respeito, Spagnuolo e Guerrini (2005) lembram ainda que os profissionais hoje atuantes na saúde foram formados, em sua grande maioria, em um contexto de ciência reducionista e de especialização, tendo por base os fundamentos da ciência clássica.

Tanto um como outro aspecto mencionados, relativos à trajetória de trabalho e à formação profissional dos trabalhadores da saúde, configuram-se como elementos que tornam ainda mais complexa a adesão imediata a um novo modelo de atenção integral de promoção de saúde. Ademais, esses sujeitos encontram-se inseridos em um contexto de trabalho cujo processo está definido por diretrizes políticas e normativas, imediatamente da ordem do pragmatismo. O trabalho desses profissionais está, pois, constituído e delimitado por um contexto sócio-histórico e político norteador e condutor de suas práticas.

O modelo de saúde brasileiro anterior à implantação do SUS, tido como hegemônico, é descrito por Andrade, Barreto e Fonseca (2004) tendo por características uma

---

<sup>3</sup> A lei complementar 8080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Já, a lei complementar 8142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, Ministério da Saúde/2005).

visão de saúde como ausência de doença, centrado nas intervenções do médico e em ações curativas e cuja atenção está concentrada apenas no indivíduo. Consiste em um modelo afastado da definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) proposta pela Carta Magna de 07 de abril de 1947 como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OPAS/OMS, 1978).

Para Capra (1982), o conceito de saúde depende do que se entende por organismo vivo e sua relação com o meio ambiente. Em suas palavras,

como essa concepção muda de uma cultura para outra, e de uma era para outra, as noções de saúde também mudam. O amplo conceito de saúde necessário à nossa transformação cultural - um conceito que inclui dimensões individuais, sociais e ecológicas - exige uma visão sistêmica dos organismos vivos e, correspondentemente, uma visão sistêmica de saúde (CAPRA, 1982, p.117).

A visão sistêmica de saúde corresponde ao pensamento sistêmico de processo contínuo, que envolve a noção de movimento e não de estaticidade ou equilíbrio, como a maior parte das concepções de saúde, incluindo a da OMS. Na visão sistêmica, a saúde é tida como um fenômeno multidimensional, envolvendo aspectos físicos, psicológicos e sociais, interdependentes. Na visão de Sawaia (1995b), não bastam apenas esses três componentes interligados para conceituar saúde, pois, para a autora, saúde consiste em um fenômeno complexo, no qual é necessário mais do que a ampliação do enfoque biológico, no sentido biopsicossocial para superar a dicotomia mente-corpo instalada por Descartes.

Saúde é uma questão eminentemente sócio-histórica e, portanto, ética, pois é um processo da ordem da convivência social e da vivência pessoal. Isto significa que é preciso colocar no centro da reflexão sobre o adoecer, a idéia de humanidade e, como temática o indivíduo e a maneira pela qual ele se relaciona consigo mesmo e com o mundo social a que pertence - grupos, família, comunidade, sociedade mais ampla... (SAWAIA, 1995b, p. 157).

Essa visão de saúde mostra-se pertinente e abrangente, no sentido de permitir uma maior aproximação com as noções contidas na integralidade da atenção, no protagonismo dos sujeitos envolvidos, na co-responsabilidade e co-participação na criação de mecanismos de regulação e de controle da própria saúde, princípios estes preconizados contemporaneamente pelas políticas públicas de saúde que regem o atendimento no SUS.

O modelo emergente, definido como Estratégia de Saúde da Família, e que se apresenta como possibilidade de substituição do antigo, está calcado nos três princípios do SUS supracitados, tendo como pilar o princípio da integralidade. Segundo Campos (2003, p. 577), no princípio da integralidade

... as pessoas são encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem

é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente.

Coerente com os princípios doutrinários - integralidade, universalidade e equidade - bem como com os princípios organizativos do SUS – acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular-, o Programa de Saúde da Família prioriza, em suas bases teóricas, ao menos, o conceito amplo de saúde, de forma a abrangê-la em todas as suas ações: promoção, prevenção, cura e reabilitação. A viabilização da implantação deste Programa trouxe a possibilidade de construção de equipes interdisciplinares, com a inserção de profissionais de nível superior na atenção básica, respondendo a uma necessidade gerada pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo território nacional, a partir de 1991 (ANDRADE, BARRETO e FONSECA, 2004).

Ao localizarem historicamente o nascimento do modelo de Estratégia de Saúde da Família, Andrade, Barreto e Fonseca (2004) colocam em evidência que o momento político de construção do SUS, na década de 90 do século passado encontra-se em total coerência interna com o Movimento Sanitário iniciado na década de 80, o qual, por sua vez, inspirou-se na produção discursiva da década de 70, influenciada pelo materialismo dialético. Fazem parte desse contexto e panorama vigentes, segundo os mesmos autores,  *fatos políticos* como descentralização, novos atores institucionais - secretarias municipais, estaduais e conselheiros de saúde -, criação de câmaras de pactuação, estruturação de componentes administrativos da Federação, consolidação do processo de controle social; bem como  *produções discursivas* baseadas na racionalidade estratégica do planejamento, críticas ao modelo centrado na racionalidade da epidemiologia, elaboração de propostas de superação do modelo de atenção do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Previdência Social); além de  *referenciais paradigmáticos* como profunda crítica ao modelo hegemônico biomédico ou médico-centrado, defesa da idéia de doença como determinação social, promoção da saúde, etnoepidemiologia (epidemiologia e subjetividade).

A Estratégia de Saúde da Família constituiu-se então como possibilidade de resposta a uma necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde, em substituição ao modelo hegemônico vigente, em sintonia com os princípios do SUS, com a proposição de novas práticas que pressupõem o estabelecimento de vínculo, compromisso, abordagem humanizada à população adscrita<sup>4</sup>, participação popular nas ações de saúde e trabalho em

---

<sup>4</sup> As equipes trabalham com território de abrangência definido, se responsabilizando pela população adscrita à área correspondente (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE/SMS/2006).

equipe. Nessa mesma linha, posteriormente o Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) - Humaniza SUS (BRASIL, 2006a) e vem reafirmá-la como uma política que atravessa as diferentes instâncias do SUS, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e gestão. Operando em um caráter de transversalidade, lança mão de recursos e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores.

Por humanização, segundo a PNH, entende-se a valorização de todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde, a partir de valores que envolvem a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Segundo Pereira e Barros, “por humanização entende-se menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais” (2008, p. 244). A partir dessa compreensão, fala-se da humanização do SUS como um processo de subjetivação que se efetiva com a mudança dos modelos de atenção e gestão em saúde, e que prevê novos sujeitos implicados em novas práticas de pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver. “É tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas” (PEREIRA e BARROS, 2008, p. 244).

Estas afirmações indicam haver na gênese do conceito de humanização uma tomada de posição que compreende o homem para o qual as políticas de saúde são construídas como o homem comum, concreto. Deste modo, o humano é retirado de uma posição universal, abstrata e distante das realidades concretas e tomado em sua singularidade e complexidade. Há, portanto, na gênese do conceito tal como ele se apresenta no campo das políticas de saúde, a fundação de uma concepção de humanização crítica à tradicional definição do humano como “bondoso, humanitário” (FERREIRA, 1975, p. 735). Esta crítica permite levantar movimentos de ‘coisificação’ dos sujeitos e afirmar a proposta criadora do humano em suas diferenças. Como o trabalho em saúde possui uma natureza conversacional, segundo Pereira e Barros (2008), entende-se que a efetuação da humanização como política de saúde se dá pela “experimentação conectiva/afetiva entre os diferentes sujeitos, entre os diferentes processos de trabalho constituindo outros modos de subjetivação e outros modos de trabalhar, outros modos de atender, outros modos de gerir a atenção” (2008, p. 243).

A adoção do novo modelo exige, nesse caso, de todos os sujeitos envolvidos no processo uma mudança de enfoque, de preparo e de disponibilidade para romper paradigmas. Considera-se, assim, que as novas políticas de saúde, através de suas diretrizes, trouxeram no

seu bojo de proposições aspectos relativos a um chamamento da subjetividade desses sujeitos. Palavras e expressões como horizontalidade de posições, co-responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade, autonomia, totalidade, acessibilidade, compromisso, vínculo, participação, humanização, etc aparecem com muita frequência na maior parte do material pesquisado sobre o tema em publicações oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2005; 2006a; 2006b), confirmando essa tendência.

Partindo da constatação de que as diretrizes do trabalho na atenção básica contam em seus pressupostos com a participação dos sujeitos trabalhadores como protagonistas em suas ações, pergunta-se: quem são eles? Estariam suficientemente esclarecidos quanto à demanda que deles se espera nessa empreitada? Qual o sentido de seu trabalho, considerando encontrar-se este circunscrito a prerrogativas que o definem dentro de um contexto social, histórico e político mais amplo? Como lidam com a discrepância entre sua formação profissional e as demandas e modelos de atuação da atenção básica?

A compreensão do sentido do trabalho, de um modo geral, pode se dar em dois níveis: de um modo mais global, no que tange à centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea e em um nível que abrange os sentidos de modo mais específico, no que diz respeito aos sujeitos que o realizam cotidianamente, sendo o último o objeto central deste estudo. De um modo ou de outro, não se pode desconsiderar os aspectos essenciais relativos aos contextos ocupacionais contemporâneos, considerando a importância que o trabalho continua ocupando no geral e especificamente na vida das pessoas em uma relação de interdependência em múltiplos aspectos desde o econômico, social e afetivo.

Krein (2007) ressalta que o mercado de trabalho no Brasil entre 1990 e 2005 foi marcado por forte desregulamentação e pela reestruturação do setor produtivo. Nesse período, o país abriu a economia e adotou um ideário neoliberal, apesar de haver um contramovimento nacional à tendência internacional de flexibilizar as relações de emprego. Apesar do contexto de redemocratização e fortalecimento sindical e de movimentos sociais colaborando para a ampliação da proteção ao trabalhador, viveu-se em seguida uma onda de desregulamentação. Com o enfraquecimento de instituições públicas responsáveis pela fiscalização do trabalho abriram-se precedentes facilitadores de substituições e demissões de funcionários, bem como de contratações atípicas do tipo temporárias e em tempo parcial. Estas diferentes modalidades de ingresso de trabalhadores cresceram especialmente na esfera municipal, tendo esta se transformado no maior empregador do sistema público nos últimos dez anos, a partir de medidas restritivas à incorporação de empregos públicos entre 1990 e

2000, como as Leis Camata e de Responsabilidade fiscal, segundo dados do CONASS (BRASIL, 2009).

Segundo Antunes (2009), o número de empregos hoje é bem menor em relação ao número dos que deles necessitam para sobreviver, sendo que quem o tem trabalha muito, sob o sistema de *metas, competências, qualificações e empregabilidades* (grifos do autor). Para Nogueira (2005), tanto a inserção quanto a permanência no mundo do trabalho encontra-se cada vez mais difícil, apesar da melhoria educacional no setor privado, sendo que no público o ingresso também é extremamente competitivo. Nos últimos anos assiste-se a uma retomada de admissões em cargos públicos nas três esferas do governo, após um período de enxugamento da “máquina administrativa” iniciadas no governo do então Presidente Fernando Collor de Mello, na década de 1990 (NEVES, 2005; NOGUEIRA, 2005). Nogueira (2005) afirma, sobre esta retomada de admissões a partir do primeiro mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva em 2003, ser uma tentativa deste governo de superar problemas acumulados na última década, relativos à educação, trabalho e administração do setor público.

Pochmann e Antunes (2007) referem que o Brasil perdeu 2,5 milhões de funcionários públicos nos últimos 25 anos. Quinhentos mil deles foram engolidos somente pela privatização, com a transferência de 15% do setor produtivo estatal para o setor privado. Cerca de dois milhões de postos de trabalho desapareceram em função da terceirização e da racionalização privatista do setor público.

Os trabalhadores do setor da saúde pública na contemporaneidade estão inseridos em um mercado de trabalho tão competitivo quanto qualquer outra área de atuação. Segundo pesquisas recentes (ALBRECHT, 2010; PIMENTEL, 2007; SILVA, 2004; KRAWULSKI, 2004) profissionais de diferentes graduações tendem a inserir-se profissionalmente no contexto produtivo através do setor público, sendo a busca por concursos públicos uma das estratégias de inserção no mercado de trabalho. Segundo Marconi (2003), o setor público apresenta-se como alternativa de ingresso e permanência no mercado de trabalho de forma expressiva tendo em vista as perspectivas salariais, de segurança, estabilidade e condições de trabalho favoráveis.

Nesse contexto, a corrida às vagas do Programa de Saúde da Família (PSF) através dos concursos públicos se faz notar, na medida em que a estabilidade e os salários diferenciados em relação à média são os grandes atrativos. São também muito comuns no PSF, como formas de inserção de profissionais no mercado de trabalho, processos seletivos para contratos temporários de um ano, com possibilidade de renovação por igual período. Esta última forma de inserção, no entanto, parece contribuir para o aumento da tensão dos

profissionais nessa situação temporária e também da equipe efetiva de trabalho, diante da incerteza quanto à sua constituição nos anos seguintes. Diante dessa realidade, diversos questionamentos emergem, como: os profissionais da atenção básica (efetivos ou temporários) escolheram ou foram escolhidos, pelas contingências, a desenvolver esse tipo de trabalho? Quanto de conhecimento e afinidade eles possuem com as proposições teórico-práticas colocadas como diretrizes do SUS e do PSF? Qual a disponibilidade e o preparo para o trabalho que realizam? Qual o sentido dessa modalidade de trabalho para esses profissionais? Sabe-se que a modalidade de trabalho voltado para o atendimento regido pelos princípios do SUS, onde a integralidade da atenção direciona o trabalho a uma interdisciplinaridade de conhecimento e ações exige abertura para o diálogo e a troca, a superação de divergências e um gradiente de posições de sujeito situado entre o individualismo, a autonomia e a atuação coletiva, levando em conta a existência de um assujeitamento inerente às relações de poder. Pode-se dizer que estamos diante de um paradoxo implícito aí, pois, se de um lado estamos cada vez mais vivendo uma era de individualismos nas relações sociais e de trabalho, por outro, estamos presos nesse caso, a uma interrelação de sentidos e a uma interdependência de conhecimentos, decisões e ações que implica os sujeitos em uma constante relação de intersubjetividades.

Nesse contexto de discussão, complexo e aqui abordado brevemente, delimitou-se problematizar a singularidade dos sujeitos trabalhadores da atenção básica, construídas nas e através das relações sociais presentes tanto no plano individual como no coletivo do cotidiano de trabalho das equipes da saúde. Nas palavras de Souza (2007, p. 145) “o conteúdo interno da vida de cada pessoa – pensamentos, memórias, afetos, desejos – são singulares, porém, o conteúdo de sua vida é da ordem do coletivo, pois se apóia na cultura e na história”. Assim, é preciso reconhecer que a subjetividade de cada um se articula ao coletivo, “no sentido de que se constitui e se sustenta no outro que nos habita, e também habita a linguagem e o social” (2007, p. 146).

A esse respeito, em um plano ideológico Antunes (2007, p. 48) afirma que o capital iniciou uma apologia ao individualismo exacerbado por meio de “um culto ao subjetivismo e de um ideário fragmentador” que vai contra as formas de solidariedade e de atuação coletiva e social. Analisando especificamente os contextos organizacionais, Chanlat, por sua vez, afirma que a realidade do ser humano encontrada nas organizações de trabalho é a de um ser genérico e ao mesmo tempo singular, acrescentando que “este ser genérico se encarna sempre em um ser concreto: homem ou mulher, adulto ou criança, pai ou marido, professor ou executivo, operário ou camponês, africano ou ocidental” (1996, p. 28). O homem



aparece então, de forma abstrata enquanto representações e também inserido em uma realidade cotidiana de forma concreta e particular.

Do ponto de vista da constituição dos sujeitos, portanto, os aspectos relativos às porções genérico/humana e particular/individual encontram-se imbricados no processo de compreensão dos sentidos do trabalho pelos profissionais envolvidos no cotidiano das organizações, na medida em que se encontram inseridos em um trabalho da ordem do coletivo e acabam por ter que circular entre ambas as dimensões. Diante do exposto, delimitou-se inicialmente a seguinte pergunta de pesquisa: **quais são os sentidos do trabalho para profissionais da atenção básica à saúde no município de Florianópolis?**

No entanto, já na fase de coleta de dados, percebeu-se ser o cotidiano de trabalho relatado por estes profissionais, mais abrangente e mais complexo, indo além dos sentidos atribuídos por eles ao próprio trabalho. Este cotidiano é permeado por, além de elementos próprios da singularidade de cada sujeito, por aspectos externos que referenciam sua atuação profissional. Em decorrência desta percepção modificaram-se parcialmente os objetivos do estudo, focados inicialmente em “compreender os sentidos que profissionais da atenção básica atribuem ao seu trabalho cotidiano nos Centros de Saúde no município de Florianópolis”, para uma compreensão mais ampla do cotidiano de trabalho destes profissionais conforme se verá a seguir.

### **1.3 Objetivos do estudo**

#### **Objetivo geral**

Compreender o cotidiano de trabalho de profissionais da atenção básica nos Centros de Saúde no município de Florianópolis.

#### **Objetivos específicos**

Identificar os sentidos que profissionais da atenção básica atribuem ao seu trabalho nos Centros de Saúde no município de Florianópolis, suas trajetórias de trabalho, incluindo formação e capacitação, além de suas concepções e sentimentos em relação ao trabalho.

Identificar concepções oficiais das políticas públicas regentes do SUS no âmbito da atenção básica/PSF presentes no discurso destes profissionais.

Identificar a apropriação das concepções oficiais das políticas públicas regentes do SUS no âmbito da atenção básica/PSF na prática cotidiana de trabalho destes profissionais.

#### 1.4 Justificativas e finalidades do estudo

Na busca pela compreensão do cotidiano de trabalho bem como de seus sentidos junto a profissionais da atenção básica à saúde, pensou-se em articular suas concepções com a sua posição enquanto atores sociais fazendo parte de uma proposta em andamento, cujo foco deixa de ser o indivíduo biológico para ser o sujeito em relação, em toda a sua complexidade. Assim considerado, este estudo coloca-se de modo pertinente em dois sentidos. O primeiro diz respeito à sua localização na área de pesquisa escolhida para sua realização no Programa de Pós-Graduação em Psicologia: práticas sociais e constituição dos sujeitos. Trata-se de um estudo que abrange, à luz da perspectiva sócio-histórica, a constituição de sujeitos participantes de uma prática de saúde na atenção básica procurando captar os sentidos atribuídos a esse trabalho e buscando acessar a subjetividade desses sujeitos enquanto atores sociais no processo de produção de saúde em suas manifestações individuais e coletivas no cotidiano de trabalho.

O outro sentido relaciona-se com a contemporaneidade do tema pesquisado: a produção da saúde na atenção básica segundo as diretrizes do SUS e o advento da política de Estratégias de Saúde da Família têm sido objetos de estudo em diversos campos do conhecimento, incluindo engenharia de produção, enfermagem, saúde pública e psicologia, sob diferentes lentes. O diferencial colocado pelo olhar da psicologia focaliza os sujeitos envolvidos e sua subjetividade. Pressupõe-se, sob essa ótica, que a subjetividade faça toda a diferença em um processo de trabalho permeado por uma lógica que envolve a intersubjetividade, a interdependência de ações no cotidiano e a complexidade e multidimensionalidade de relações inerentes ao conjunto de diretrizes e normativas reguladoras do funcionamento da rede de saúde.

Assim, considera-se que o presente estudo pode contribuir para a construção de fundamentos teórico-práticos que subsidiem a melhoria das condições de trabalho dos sujeitos executores das políticas públicas, políticas estas idealizadas com frequência com pouca conexão, discussão e/ou conhecimento aprofundado da práxis do trabalhador que se encontra na linha de frente do trabalho em saúde. Sua contribuição pode estender-se também especificamente à produção de subsídios para o aperfeiçoamento da formação de psicólogos, como integrantes desse conjunto de profissionais que atuam na atenção básica, na perspectiva das necessidades apresentadas pelas demandas atuais de sua intervenção profissional no campo da saúde.

A estrutura formal deste trabalho, incluindo as diversas etapas desenvolvidas para sua concretização, é a seguinte: no capítulo de Introdução, contendo o que foi exposto até o momento, enfatizou-se a processualidade da qual derivou a escolha do tema, contextualizou-se o campo e apresentou-se a delimitação do problema, os objetivos geral e específicos do estudo, bem como suas justificativas e finalidades.

O capítulo 2 contém o marco teórico para dar sustentação inicial ao atendimento dos objetivos delimitados para a pesquisa, tendo ciência de que este referencial seria ampliado no decorrer da análise de dados, a partir de necessidades identificadas através dos discursos produzidos pelos sujeitos entrevistados. O capítulo 3 dedica-se a trazer o percurso metodológico, desde a justificativa de escolha do método, os recursos utilizados para coleta e análise dos dados, o campo e os sujeitos pesquisados. O capítulo 4 consiste na análise dos dados propriamente dita, baseada em três núcleos de significação elencados, seguido pelo capítulo 5, o qual traz as reflexões advindas da análise, bem como as considerações finais e recomendações a partir dos desdobramentos do estudo.

*Nesse tempo, que neste trabalho se entende já ter começado, os desafios não mais devam ser obra de Hércules ou Sísifo, mas do “homem-humano” de Guimarães Rosa (ALVES, 2008, p. 113).*

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 O trabalho na contemporaneidade e o setor de serviços**

As grandes transformações sociais, econômicas, tecnológicas e políticas que marcaram o final do século XX potencializaram a emergência de novos cenários para o mundo do trabalho. Segundo Bastos (2006), o fenômeno crescente de globalização da economia com disputas por mercados e tecnologia em nível mundial, reforça a demanda por bens e serviços de qualidade. A inovação tecnológica funciona como uma terceira revolução industrial, envolvendo a disseminação da robótica, informática, microeletrônica, química fina e biotecnologia. A tecnologia passa a ser considerada uma matéria prima de suma importância, de acordo com este mesmo autor, causando elevado impacto na escala de produção, na organização do processo produtivo, na centralização do capital, na organização do processo de trabalho e na qualificação do trabalhador. Um processo complexo de mudanças, ainda em sua concepção, dá início a um processo de reestruturação produtiva acompanhada de diversas alterações abrangentes de ordem sócio-econômica, entre elas: a preocupação com a relação homem/sistema produtivo/natureza, o crescimento do setor de serviços incluindo a assistência à saúde e à educação, além de uma redefinição do papel do Estado em uma tendência de afastá-lo do papel de principal agente econômico.

O trabalho passa a ter novas características a partir de então, sendo que a aplicabilidade da ciência à produção consiste em uma das características distintivas entre o trabalho da contemporaneidade e aquele anterior ao século XX, eminentemente industrial. As distinções se dão tanto do ponto de vista do aumento da produção material, com o advento do desenvolvimento tecnológico como, cada vez mais, nas sociedades contemporâneas, com a aplicação dos conhecimentos das ciências humanas e da psicologia ao controle social (ALBORNOZ, 2006).

Segundo Antunes (2007, p. 122), apesar do hiperdimensionamento assumido pela ciência no mundo contemporâneo, ela encontra-se tolhida em seu desenvolvimento “pela base

material das relações entre capital e trabalho, a qual ela não pode superar”, ficando seu objetivo de conhecimento social restringido pela lógica da reprodução do capital. Nesta lógica, haveria menos uma *cientificação da tecnologia* e mais uma *tecnologização da ciência* (grifos do autor). Em suas palavras,

ontologicamente prisioneira do solo material estruturado pelo capital, a ciência não poderia tornar-se a sua principal força produtiva. Ela interage com o trabalho, na necessidade preponderante de participar do processo de valorização do capital. Não se sobrepõe ao valor, mas é parte intrínseca de seu mecanismo. Essa interpenetração entre atividades laborativas e ciência associa e articula a potência constituinte do trabalho vivo à potência constituída do conhecimento tecno-científico na produção de valores (materiais ou imateriais). O saber científico e o saber laborativo mesclam-se mais diretamente no mundo contemporâneo sem que o primeiro “faça cair por terra” o segundo (ANTUNES, 2007, p. 123).

As mudanças no interior do processo de produção são sentidas principalmente com o advento do toyotismo, definido por Alves como o ‘momento predominante’ da reestruturação produtiva que ocorre sob a mundialização do capital (2007, p. 5, grifos do autor). O complexo que abrange a reestruturação produtiva é constituído por uma tríplice dimensão, que contempla as inovações organizacionais, as inovações tecnológicas e as inovações sócio-metabólicas, sendo estas últimas as responsáveis pela ‘captura’ da subjetividade do trabalho ao capital. Esse modelo de produção implantado no Japão e criado como forma de superação ao taylorismo e o fordismo, traz uma perspectiva de flexibilização e interação crescentes entre trabalho e ciência, trabalho material e imaterial, execução e elaboração, avanço tecnológico e envolvimento adequado da força de trabalho, em substituição à rígida separação entre produção e elaboração, execução e concepção, saber fazer intelectual do trabalho, do trabalho intelectual abstrato e da dimensão cognitiva presente no trabalho vivo (ANTUNES, 2007).

As divisões do trabalho em manual e intelectual, material e imaterial, vivo e morto, produtivo e improdutivo, fazem parte de denominações presentes no processo de transformação do trabalho no período pós-industrial, cabendo aqui, procurar compreender e situar o trabalho e o trabalhador do setor público de serviços em saúde nesse contexto. O setor de serviços, também chamado de setor ocupacional, adquire uma importância fundamental, segundo a análise estrutural desenvolvida por Bell (apud CEVOLI, 1999), enfocando deslocamentos e escolhendo-o como um dos principais indicadores da passagem ao período pós-industrial. Também Tofler refere-se à sociedade pós-industrial como o advento do setor de serviços, como a terceira onda ou *third wave*, cuja característica central reside na tendência à descentralização presente nas organizações não-burocráticas (apud MERLI, 1999, p. 187).

Fazendo parte de uma tendência que caracteriza o mundo do trabalho atual, incluindo modificações organizacionais e tecnológicas, tem havido uma expansão dos assalariados médios e de serviços, o que permitiu a incorporação de contingentes advindos do processo de reestruturação produtiva industrial e também de desindustrialização. Em países como EUA, Reino Unido, França e Alemanha o contingente de trabalhadores do setor de serviços chega a passar da casa dos 70%, se comparado ao setor industrial (ANTUNES, 2007). Há, pois, a constatação de uma interpenetração recíproca entre os dois mundos, o produtivo e o de serviços, sendo o segundo subordinado ao primeiro e suas mudanças contínuas. Segundo ainda este autor, em um mundo onde predomina a tecnociência, a produção de conhecimento torna-se elemento fundamental da produção de bens e serviços, caracterizando a ampliação das formas de trabalho imaterial como mais uma tendência do sistema de produção contemporâneo. Desse modo,

as capacidades dos trabalhadores de ampliar seus saberes [...] tornam-se uma característica decisiva da capacidade de trabalho em geral. E não é exagero dizer que a força de trabalho apresenta-se cada vez mais como força inteligente de reação às situações de produção em mutação e ao equacionamento de problemas inesperados (ANTUNES, 2007, p. 126).

O trabalho imaterial acaba sendo a expressão das necessidades de uma nova relação entre produção e consumo, ativando e organizando esta relação em seus aspectos de comunicação e informação. Neste tipo de trabalho há uma intersecção entre “a esfera da subjetividade do trabalho (seu traço mais propriamente intelectual e cognitivo) e o processo produtivo, que obriga frequentemente o trabalhador a tomar decisões, analisar as situações, oferecer alternativas frente a ocorrências inesperadas” (ANTUNES, 2007, p. 127).

O profissional de serviços encontra-se inserido na classe trabalhadora segundo o conceito *marxiano*, que por sua vez é revisitado por Antunes (2007), o qual procura enfatizar e redefinir o sentido atual da classe trabalhadora em sua forma de ser como *classe-que-vive-do-trabalho*, que “hoje inclui a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos, não se restringindo, portanto, ao trabalho manual direto, mas incorporando a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado” (ANTUNES, 2007, p. 101). Nesta concepção estão incluídos também os trabalhadores tidos como improdutivos, cujas formas de trabalho são utilizadas como serviços para uso público ou privado, mesmo que não se constituam como elemento diretamente produtivo na valorização do capital e criação de mais-valia. O trabalho nesse setor, segundo Marx, é consumido como valor de uso e não como criador de valor de troca e abrange

assalariados no setor de serviços como bancos, comércio, turismo e serviços públicos (apud ANTUNES, 2007, p. 102).

Nos itens subseqüentes será contextualizado o trabalho na saúde no setor público a que se refere este estudo, envolvendo as suas peculiaridades e as políticas públicas que estão por detrás de sua idealização e execução.

## **2.2 O trabalho na saúde no setor público**

O homem sempre vivenciou situações em que precisou buscar ajuda externa para a resolução de seus problemas de saúde quando não conseguia resolvê-los sozinho ou por conhecimentos de seus antepassados, através de recursos domésticos. O atendimento a essas necessidades configurou aos poucos a constituição das atividades de trabalho em saúde. Neste estudo, no entanto, aborda-se este trabalho dentro do espaço institucional. O trabalho em saúde, assim como outras modalidades organizadas de maneira diferente da tradicionalmente colocada produção material proveniente da sociedade industrial, faz parte do setor de serviços. Mais especificamente, o trabalho na saúde aqui contextualizado situa-se no setor público de serviços.

Mudanças que vinham sendo implementadas nos países desenvolvidos nos anos 1970 e no Brasil, nos anos 1990, referentes à introdução de novas tecnologias, principalmente microeletrônicas, e também nas formas de gestão do trabalho e descentralização da produção acabam por afetar todos os setores da produção na sociedade, incluindo a área da saúde. O trabalho em saúde envolve, por suas características, o uso de equipamentos de alta tecnologia, está sujeito ao fenômeno da terceirização de serviços e, no que diz respeito à “organização do trabalho assistencial, segue duas lógicas básicas: a do trabalho profissional do tipo artesanal e a do trabalho parcelado da divisão manufatureira” (PIRES, 1999, p. 47).

O trabalho em saúde, especialmente no âmbito da saúde pública, ao qual este estudo direciona-se, está sob a influência - a começar pela formulação de políticas públicas -, de macro-mudanças políticas, econômicas e sociais ocorridas na sociedade, bem como dos padrões culturais e do paradigma de conhecimento hegemônico em dado momento histórico. Dessa forma, tanto as formas de organização do trabalho como a produção dos conhecimentos e a formação dos profissionais em saúde são historicamente delimitadas.

Segundo Elman (2005), a medicina foi o primeiro campo de conhecimento a estruturar-se como profissão no âmbito da saúde, e à medida que atividades iam sendo delegadas a outros grupos de trabalhadores, foram sendo constituídos campos de conhecimentos para outras profissões. O modelo de organização do trabalho em saúde foi sendo originado a partir da estruturação do modo capitalista de produção em um trabalho fragmentado em diversas profissões de áreas afins, dividindo espaços físicos na rede pública e privada, com características de trabalho coletivo e sob hegemonia do modelo biomédico. O campo de atuação em saúde constituiu-se, portanto, desde sua origem, baseado e centrado no médico, orbitado pelas outras profissões servindo de facilitadoras para a retroalimentação de um modelo que viria a se constituir hegemonicamente e com características de trabalho coletivo.

O trabalho coletivo na saúde, como o de outras áreas, não tem como fugir de uma constituição histórica, cujas raízes estão calcadas no modo de produção capitalista vigente. A origem da modalidade de trabalho com características coletivas remonta, segundo Antunes (1999), ao surgimento do toyotismo, invertendo a relação de trabalho individual para trabalho coletivo, onde entram em ação a necessidade da qualificação e polivalência do profissional. Assinala este autor que,

para o capital e seu processo de acumulação, era preciso combinar redução da força de trabalho, qualificá-la, isto é, torná-la polivalente. O toyotismo, como um experimento do capital, avançou ainda mais profundamente, percebendo que era possível se apropriar do saber fazer intelectual do trabalho. Mas para isso era preciso envolver o trabalhador nesse processo, dar ao trabalhador a aparência de que efetivamente dispunha de autonomia para pensar no que é melhor para a empresa (1999, p. 56).

No setor da saúde o desejo de reconhecimento é visível quando todo e qualquer sacrifício é válido em se tratando de atender necessidades humanas e, até mesmo, de salvar a vida do “outro”. Há um heroísmo atribuído ao profissional de saúde, aquele que abandona a própria vida para salvar a de tantos e ao final não recebe medalhas, permanecendo apenas a sensação de desajuste e desencanto. “Mas dizem que somos heróis”, embora o que reste seja a necessidade “de adequar o mais possível o sonho à realidade” nas palavras de Leopardi (1999, p. 50, grifos da autora) no sentido de diminuir as insatisfações. Esse heroísmo associado ao trabalhador da saúde, especialmente do setor público, relaciona-se ao fato de que as ações neste âmbito devam estar voltadas necessariamente a uma ética na qual o coletivo e o bem comum se sobreponham aos interesses individuais.

Chanlat (2002) aponta a necessidade de as ações públicas estarem direcionadas a uma ética do bem comum, na qual o funcionário público é obrigado a deixar de lado suas



posições pessoais. Aspectos do ser-humano particular devem integrar-se nesse caso a aspectos do ser-humano genérico, de modo a contemplar esta mesma ética supra-citada. Alves (2008), por sua vez, afirma que o trabalho, hoje, é um alimento essencial para a cidadania. Esta afirmativa aplica-se ao serviço público, especialmente no setor saúde, no qual atualmente se trabalha em uma perspectiva de participação no processo de construção da própria saúde incluindo mecanismos de controle social e de participação popular que inclui a ótica e a participação também dos atores institucionais neste processo.

Na atenção básica à saúde o trabalho abrange uma singularidade, em função de características como a complexidade e a multidimensionalidade entre os próprios elementos presentes no processo de trabalho. A complexidade se desenha pelas múltiplas e intrincadas relações envolvidas no processo e a multidimensionalidade se caracteriza por questões que circunscrevem o corporal, o social e o subjetivo de todos os envolvidos, sejam estes os profissionais que atuam direta ou indiretamente com o usuário, o próprio usuário, bem como os representantes do órgão gestor da saúde e da comunidade. Trata-se de um trabalho que se caracteriza nos e através dos diferentes níveis de interrelações (profissional-usuário, profissional-profissional, profissional-órgão gestor, profissional-comunidade), voltadas para o atendimento das necessidades de um 'outro' que busca o serviço, na maioria das vezes à espera de respostas imediatas (grifo da pesquisadora).

A Saúde, enquanto campo de trabalho, não é tomada como uma disciplina ou um campo isolado ou separado das outras instâncias da realidade social. Antes, faz parte de uma totalidade sociológica, tanto do ponto de vista teórico como metodológico, estando sujeita

às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas [...]. Sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde (MINAYO, 2004, p. 13).

Inserido em um caráter de peculiaridades, o trabalho em Saúde se define por sua complexidade, multidimensionalidade e por sua abrangência multidisciplinar e estratégica, no que tange à sua organização voltada para a intervenção, sem que esteja, no entanto, desvinculado de uma problemática social mais ampla, seja relativa às relações de produção, seja pelas diversas possibilidades de organização da vida social.

A inserção do trabalho na saúde em uma esfera essencial pertencente ao setor público traz à tona seu caráter peculiar, sofrendo muitas vezes das mesmas dificuldades de outras áreas não essenciais, caracterizadas pela verticalização de poderes e frequentemente, sujeitas a uma lentidão nas tomadas de decisão, devido entre outros a fatores políticos.

Algumas dificuldades são apontadas como inerentes ao trabalho no setor público por Suxberger (2009, apud ALBRECHT, 2010) que salienta uma prática carregada de tecnicismo, com grande volume de trabalho e processos burocráticos que levam a soluções pragmáticas em uma tendência a repetir e manter estruturas existentes. Albrecht (2010, p. 38) salienta uma contradição existente em relação ao papel essencial do servidor público que consiste em “fomentar práticas sociais que permitam a emancipação popular e o empoderamento daqueles que são o destinatário do trabalho daquele que ocupa um cargo público: a coletividade”.

Na saúde, esse papel voltado para o fomento de práticas sociais vai se tornando mais evidente a partir de uma evolução histórica do conceito de atenção à saúde dando origem a mudanças significativas no modo de se pensar as políticas públicas e consequentemente o modo de se organizar o trabalho nesse setor no Brasil, especialmente com a implantação do PSF.

### **2.2.1 Políticas públicas de atenção à saúde no Brasil e a implantação do PSF**

Faz-se necessário contextualizar o modo como as mudanças sociais fizeram parte da evolução histórica das políticas públicas de atenção à saúde no Brasil até chegar à implantação das atuais políticas de saúde na atenção básica, incluindo o PSF.

Sob uma perspectiva histórica, a noção de atenção pretende superar a clássica oposição entre assistência e prevenção e entre indivíduo e coletividade que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde no Brasil. Dessa forma, remete-se à histórica cisão entre as iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos, típicas da saúde pública. Essas duas formas de conceber e de organizar as ações e os serviços de saúde se configuraram em dois modelos distintos (modelo biomédico e modelo campanhista/preventivista), os quais marcaram, respectivamente, a assistência médica e a saúde pública, faces do setor saúde brasileiro cuja separação, hoje muito instituída, ainda representa um desafio para a constituição da saúde em um sistema integrado (MATTA e MOROSINI, 2008).

Uma das principais mudanças em curso na sociedade brasileira no decorrer do século XX consistiu na crescente urbanização das cidades, com o aumento das migrações do campo para a cidade, em decorrência da aceleração da industrialização, principalmente a partir da década de 50 do século passado. O aumento populacional acarretou demandas

diferenciadas tanto do ponto de vista das condições ambientais como de serviços à população. As implicações dessas transformações nas condições ambientais e sociais das cidades deram-se devido ao impacto na infra-estrutura de serviços públicos e nas condições de saúde, trabalho e habitação. No Brasil de 1950 a 1960, predominou na saúde pública a corrente de pensamento denominada de sanitarista desenvolvimentista, segundo a qual o nível de saúde de uma população dependeria, sobretudo, do grau de desenvolvimento econômico de um país. Os debates sobre as políticas de saúde nas décadas de 60 e 70 do século passado se intensificaram com estudos sobre a pobreza urbana e sua relação com as temáticas sanitárias (LIMA, 2002). De uma política de saúde prioritariamente *campanhista* antes de 1950 e depois *desenvolvimentista*, na década seguinte, inicia-se uma tentativa de relacionar temas sociais e sanitários (grifos da pesquisadora).

Segundo depoimento de Jacobo Finkelman (apud LIMA, 2002) temas prioritários, tais como o saneamento e o ambiente, foram então incluídos na pauta de discussões da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tendo sido criados o Centro Latino-Americano de Engenharia Sanitária em 1968, o primeiro curso de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ)<sup>5</sup> em 1973 e o Centro Pan-Americano de Ecologia Humana da Saúde (ECO) com sede no México em 1974. Relações mais amplas entre ambiente e saúde foram contempladas somente mais tarde, em 1980, mediante sinais de lenta abertura democrática, com a criação do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana na Fundação Oswaldo Cruz.

A década de 80 do século passado foi marcada particularmente por grave crise mundial, com consequências como desequilíbrios macro-econômicos, financeiros e de produtividade, atingindo a economia internacional e resultando em uma perda da autonomia dos Estados Nacionais. Na América Latina, os efeitos desta crise foram reforçados por um modelo cuja proposta de ajuste estrutural, já em vigência em alguns países, com políticas de cunho liberalizantes e privatizantes, trouxe consequências de redução da intervenção estatal na oferta de bens e serviços de natureza social (LIMA, 2002). A partir dessa crise econômica, com consequências políticas, desencadeou-se também uma crise de paradigmas que orientavam as ações na saúde. Segundo estudo realizado por Costa e Mello (apud Lima, 2002), o ‘paradigma da economia da saúde’ passa a orientar a ação de organismos como o Banco Mundial, contrapondo-se ao tradicional ‘paradigma da saúde pública’ que orientou

---

<sup>5</sup> Na década de 70 começam a ganhar corpo propostas de formação de profissionais afinados com as novas concepções de saúde que viessem substituir o tradicional domínio da higiene e fizessem a crítica ao modelo da história natural das doenças em prol da multicausalidade (ibid, 2002).

historicamente as iniciativas da OPAS como organismo de cooperação internacional, com a valorização de princípios como equidade e universalidade de acesso a bens e serviços.

Diante da crise econômica, com o agravamento das desigualdades sociais e à qualidade de vida da população brasileira, aumentam as reivindicações por serviços e ações em saúde tanto por parte da população como de profissionais de saúde. Ainda sob a vigência da ditadura militar, os municípios iniciam experiências de implantação de redes de atenção básica à saúde, a partir da ação de profissionais da área de saúde coletiva, com a ocupação de importantes espaços institucionais abertos por novos prefeitos eleitos pelo então partido do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) a partir de 1975/76. Em 1978, a partir de uma proposta internacional, prioriza-se a atenção e os cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS<sup>6</sup>. Neste cenário, consolidou-se no país o Movimento pela Reforma Sanitária, importante e fundamental movimento social cujas teses, segundo Mercadante (2002, p. 246), consistindo na

melhoria das condições de saúde da população, o reconhecimento da saúde como direito universal, responsabilidade do Estado nas condições de acesso a esse direito, reorientação dos modelos segundo princípios da integralidade da atenção e equidade e, por último, a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços [...],

acabam por consolidar uma sólida aliança política, legitimada em 1986 pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

A ideia de descentralização presente neste contexto histórico, dentre as políticas sociais, tornou-se evidente na saúde, com a criação de diversas instâncias de articulação entre os diversos setores. A esta fase, Mercadante (2002) chama de “fase das estratégias racionalizadoras”, cujas iniciativas principais se dão a partir de 1980, com a criação da Comissão Interinstitucional de Planejamento para fixação de repasses de verbas federais dos Ministérios da Saúde e Previdência para a prestação de serviços prestados pelos estados e municípios; em 1982, a instituição do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde seguindo diretrizes como a prioridade da atenção primária em um sistema regionalizado e hierarquizado; em 1984, a criação das Ações Integradas em Saúde (AIS) estimulando as Comissões Interinstitucionais de Saúde, no âmbito dos estados, das regionais estaduais e dos municípios; em 1987, o início do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) com ênfase nos mecanismos de programação

---

<sup>6</sup> Em 1978 a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 (OPAS/OMS, 1978).

e orçamentação integradas e as decisões colegiadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais.

Por fim, em consonância com as discussões de descentralização, foi deliberado através do Conselho Diretor da OPAS sobre a necessidade de rápida transformação do Sistema de Saúde, por meio de estratégias que desenvolvessem e consolidassem os Sistemas Locais de Saúde (Silos) tendo por finalidade a descentralização dos serviços de atenção primária, com o objetivo de alcançar a meta de ‘saúde para todos’ (LIMA, 2002). A feição definitiva de descentralização, no entanto, veio somente com a criação do SUS, que se concretizou em 1988 e se completou pela Lei Orgânica de Saúde em 1990. O modelo do SUS concede, evidentemente, protagonismo aos municípios na prestação da assistência à saúde, procurando aproximar a população atendida das unidades de saúde e também de instâncias de participação social e comunitária.

Com a implantação do SUS, à Secretaria Municipal de Saúde é confiada a gestão, execução e planejamento das ações e serviços públicos de saúde, além do seu controle e avaliação. A inclusão da participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema público de saúde foi uma das grandes inovações propostas pela Assembléia Nacional Constituinte em 1988 (BRASIL, CF, art. 198, III, 1988). A partir daí, mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas foram criadas. Um dos mecanismos refere-se “aos fóruns exclusivos de representantes das instâncias subnacionais de governo, ‘beneficiárias’, por assim dizer, da descentralização”, sendo constituídos pelos conselhos de secretários estaduais e municipais. O outro mecanismo refere-se “aos colegiados que funcionam como mecanismos de participação popular para o controle social” (MERCADANTE, 2002, p. 253-254). Os conselhos locais de saúde consistem, atualmente, no mecanismo de participação mais conhecido e que permite maior proximidade da população às instâncias reguladoras, incluindo os servidores das unidades locais de saúde em sua composição.

A ênfase na promoção e prevenção de saúde prevista na criação do SUS orienta para o atendimento integral do ser humano e busca romper com o modelo tradicional de práticas de saúde. Nesse contexto, respondendo à necessidade de atingir a integralidade no atendimento ao usuário, foi idealizado o Programa de Saúde da Família como uma estratégia de reorientação do modelo de organização dos serviços na Atenção Básica à Saúde.

O PSF, quando de sua criação em 1994, tinha uma preocupação inicial de ampliar a cobertura da assistência às comunidades desprovidas de recursos, vindo, posteriormente, a

firmar-se como uma possibilidade de mudança mais radical no modelo vigente de atenção básica: reafirma-se como estratégia para garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias vinculada a uma rede de serviços, bem como encaminhar para serviços de maior complexidade e trabalhar em um território de abrangência definido, responsabilizando-se pelo cadastramento e acompanhamento daquela população.

Nesse modelo de atenção, os profissionais de saúde são orientados a estar em maior contato com a comunidade e a trabalhar junto às famílias, incluindo ações que possam ajudar a construir ambientes saudáveis. Assim desenvolvida, espera-se que essa prática promova a humanização do atendimento às necessidades do cidadão, além de aproximar, em uma relação de confiança, a equipe de saúde e a população (FERMINO et al, 2009).

Na implantação do PSF vê-se como possibilidade, ao mesmo tempo, uma mudança de paradigma de atenção à saúde e uma mudança real na maneira de se organizar os processos de trabalho na atenção básica.

### **2.2.2 Processos de trabalho em saúde, atenção básica e saúde da família**

Segundo Pires (1999), o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, fazendo parte do setor de serviços, isto é, da esfera da produção não-material e que se completa no ato de sua realização. O produto do trabalho em saúde é indissociável do processo que o produz, consistindo na própria realização da atividade. Os processos de trabalho em saúde, isto é, a forma como as atividades são colocadas em prática cotidianamente, estão intimamente relacionados à discussão das tecnologias utilizadas para o seu desenvolvimento e ao modo como estão organizadas, a fim de atender às necessidades de saúde do usuário e à exigência quanto à qualidade da assistência. Segundo Garcia (2007), a compreensão da relação entre as necessidades de saúde e a qualidade da assistência constitui um desafio para o trabalho das práticas profissionais, uma vez que os processos de trabalho são desencadeados para atender tais necessidades, significando que estas últimas atuam como determinantes destes processos.

O debate em torno das tecnologias de trabalho em saúde tem como uma referência fundamental a obra de Gonçalves (1994), que as define como “tecnologias materiais” - máquinas e instrumentos, e “tecnologias não materiais” - conhecimento técnico. O autor procura assumir uma postura crítica diante de uma concepção restrita de tecnologia, descrita como “o conjunto de meios técnicos da produção”, dedicando-se à análise de uma forma

particular de existência da mesma, como “constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não- materiais na produção de serviços de saúde” (GONÇALVES, 1994, p. 20). Este autor recorre à abordagem marxista sobre o trabalho humano, trazendo-a para a área da saúde em sua forma mais abstrata, considerando-se as singularidades das relações de produção – entre sujeitos - envolvidas. Nessa abordagem, “o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem-mundo em um processo de mútua produção”(MERHY, 2006, p. 81).

A práxis é aqui compreendida segundo a definição de Konder (1992, p. 115), como “a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos”. A práxis seria uma ação que depende da “reflexão” e do “auto-questionamento” da teoria, que por sua vez remete-a de volta à prática.

Segundo aponta Gonçalves, no trabalho em saúde há uma “micro-política”, pois os saberes tecnológicos (como a clínica e a epidemiologia) podem adquirir, no mesmo serviço, formatos totalmente diferentes dependendo de quem os coloca em prática e da organização do modelo assistencial. Para além das máquinas e do conhecimento técnico, portanto, há algo “nuclear no trabalho em saúde”, que consiste nas relações entre os sujeitos e suas ações no cotidiano. A essa permanente atuação no cenário de produção da saúde, Gonçalves chama de “micropolítica do trabalho vivo em ato”, reconhecendo que o espaço onde se produz saúde “é um lugar onde se realizam também os desejos e a intersubjetividade, que estruturam a ação dos sujeitos, trabalhador e usuário, individual e coletivo” (apud MERHY e FRANCO, 2008, p. 350).

Vistos desse modo, no lugar onde se produz saúde, o tipo de trabalhador e de coletivos de trabalho nele inseridos fazem total diferença, pois “fazem de suas liberdades micropolíticas formas de ação ético - político direcionadas” (apud MERHY e FRANCO, 2008, p. 350). Assim, conforme compreendem o que é o “outro”, modificam seus modos de construir o cuidado, intervindo nas formas de uso de suas ferramentas, conhecimento e equipamentos, configurando um contexto de contínua reestruturação produtiva sempre centrada na idéia de necessidade de mudanças nos processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado em saúde.

Segundo Pires, o processo de trabalho dos profissionais de saúde

tem como **finalidade** – a ação terapêutica da saúde; como **objeto** – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como **instrumental** de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber da saúde e o **produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (1999, p. 32).

Para Cecílio (2001), as necessidades da pessoa que busca o atendimento à saúde estão organizadas em quatro grandes grupos: “o primeiro diz respeito a ter *boas condições de vida* [...]; o outro conjunto fala da necessidade de ter *acesso* e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; o terceiro diz respeito à insubstituível criação de *vínculos* efetivos entre cada usuário e uma equipe ou profissional [...]; um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de *autonomia* no seu modo de levar a vida” (p.114-115, grifos da pesquisadora). Observa-se que o caráter dessas necessidades ultrapassa a idéia de necessidades de saúde, conforme usualmente colocadas pelo modelo hegemônico, o qual apenas considera o adoecimento biológico como parâmetro na busca pelos serviços de saúde.

Em uma perspectiva contemporânea entende-se que os sujeitos assumem uma posição ativa e de protagonismo em relação à própria saúde, incluindo em suas necessidades de saúde e assistência também as necessidades sociais. Garcia (2007, p. 37) cita Gonçalves (1992) que entende por “necessidades sociais” aquelas determinadas social e historicamente, diferentes de “necessidades da sociedade”; seriam “necessidades de indivíduos que estão em relação sócio-histórica com outros indivíduos”, cujas necessidades são decorrentes dessas relações, mas, “sem deixarem nunca de serem individuais”. As “necessidades da sociedade”, por sua vez, são compreendidas como “um conjunto estruturado na sociedade que é ele próprio sujeito de necessidades, que seriam então as necessidades da sociedade, ou, como se refere Garcia (2007), necessidades do grupo dominante, reproduzidas pela ideologia como sendo de toda uma sociedade. Nessa direção, as necessidades humanas se apresentariam tanto socialmente, através das instituições com suas normas e leis sociais e políticas quanto subjetivamente, expressas na forma de sentimentos e motivações, fazendo parte da subjetividade humana.

Nessa perspectiva, a organização dos serviços em saúde estaria alinhada a uma visão de resposta não somente às necessidades de saúde conhecidas e visíveis, mas além, buscando conhecer e contemplar também outras necessidades, de caráter social mais amplo. Garcia (2007, p. 80) vai um pouco além, ao afirmar que “as necessidades de saúde antecedem



ao processo de trabalho, determinando-o”, estando as práticas profissionais nesta área de atuação voltadas ao atendimento de tais necessidades.

Nas diretrizes que regem o SUS supõe-se contempladas essas necessidades previstas pelas Leis 8080/90 e 8142/90 que definem os três princípios básicos adotados: a *universalidade* prevê o acesso aos serviços de saúde por todos os cidadãos; a *integralidade* prevê um atendimento ao usuário abrangendo-o em sua totalidade e de acordo com a especificidade do problema apresentado, tendo como preocupação central a humanização do atendimento; a *equidade* refere-se à possibilidade de diminuição das disparidades sociais e regionais em todo o território nacional (BRASIL, 2000, grifos da pesquisadora).

O princípio da integralidade é defendido como um dos pilares a sustentar a criação do SUS, pela sua importância e abrangência, conforme Campos (2003). Este princípio prevê que, de forma articulada, sejam oferecidas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença. O primeiro desafio na busca da integralidade consiste em

reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde, no qual o médico ainda é tido como sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde (CAMPOS, 2003, p. 573).

Segundo ainda o conceito de integralidade descrito por Campos (2003), as pessoas são encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes físico, psicológico ou social considerados separadamente. Esta visão, aliada a uma concepção crítica, nos conduz a uma noção de sujeito como alguém que se constrói fazendo parte de um contexto sócio-histórico também modificando-o e sendo modificado simultaneamente por este. É tido como protagonista de sua própria realidade, sendo capaz de refletir e buscar recursos para modificá-la; isto inclui o seu processo de saúde como algo construído socialmente. O profissional de saúde inserido nesse contexto mais amplo torna-se parte integrante deste, ao responsabilizar-se por um processo de trabalho do qual é agente e ao mesmo tempo usuário, e das próprias ações de saúde, com as quais contribui para criar, praticar e modificar cotidianamente.

A proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo que chega com o intuito de substituir um modelo de saúde tradicional traz no seu bojo de proposições, por um

lado, aspectos relativos a um chamamento da subjetividade dos sujeitos envolvidos e por outro, uma estreita vinculação a normativas e princípios organizacionais. A Portaria n. 648, de 28 de Março de 2006 (BRASIL, 2006b), estabeleceu tanto as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica como também aquelas do processo de trabalho do Programa de Saúde da Família.

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;
- apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

São características do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família:

- manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

- diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias visando propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;
- acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

A forma como o processo de trabalho está organizado, essencialmente na modalidade de trabalho coletivo inserido no serviço público, exige o exame de temas relacionados ao sentido do trabalho e à constituição dos sujeitos em seus aspectos humano/genérico e individual/particular trazidos para o cotidiano de seu trabalho como aspectos intrínsecos de sua subjetividade.

### **2.3 Sentidos e significados do trabalho**

A partir de uma perspectiva sócio-histórica e de seus principais pressupostos, procurou-se fundamentar a escolha teórica sobre os sentidos do trabalho em três premissas, a saber:

1) o homem, em seu sentido genérico, é o resultado de sua atividade de trabalho, através da qual transforma a natureza para o atendimento de suas necessidades, ao mesmo tempo que transforma a si mesmo, desenvolvendo funções mentais e habilidades técnicas eminentemente humanas; esse processo resulta em uma dupla produção, a dos objetos culturais, de natureza semiótica, e a do próprio homem (PINO, 1993). Segundo define Marx,

antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza... Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (1989, p. 202).

2) todas as funções psíquicas são de natureza e origem sociais (PINO, 1993) sendo que este processo constitutivo e interativo é possibilitado pela linguagem (FREITAS, 2007); isso significa que, de um lado, o meio sócio-cultural é condição necessária para a constituição do psiquismo humano e, de outro, essa constituição não é da ordem do biológico desarticulado do social e da cultura, mas sim resultante da história social e cultural dos homens (PINO, 1993).

3) toda atividade humana é mediada semioticamente; isto significa que todas as relações humanas entre si e com o mundo (natural e cultural) são mediadas por instrumentos técnicos e por sistemas de signos, os quais, “pela sua natureza, ao mesmo tempo em que tornam possível influenciar os outros, influenciam também aquele que os utiliza” (PINO, 1993, p. 53).

O diálogo, principal modo humano de comunicação, torna-se possível a partir dessa mútua influência. O signo, “essa coisa material”, segundo Pino (1993), serve para representar algo para alguém, isto é, visa o “outro”. Se o visado na representação é o outro, isto quer dizer que representar é uma atividade social a qual implica negociação e acordo entre sujeitos e as ligações que fazem entre os representantes e as coisas representadas, ou seja, às significações dadas. O poder significante dos signos, no entanto, encontra-se dividido em duas possibilidades: entre aquilo que foi estabelecido previamente, isto é, o que foi convencionalizado pelos homens, apesar da polissemia dos signos, e aquilo que é partilhado na interação comunicativa que pode ser diferente daquilo que foi convencionalizado previamente. O uso das palavras em determinado discurso poderá dizer mais ou algo bem diferente do que seria dito convencionalmente (PINO, 1993).

A partir desse desdobramento teórico, as seguintes perguntas norteadoras se apresentam: como acessar o discurso dos profissionais de saúde de modo a aproveitá-lo ao máximo possível em sua singularidade? Seriam os significados ou os sentidos relacionados às

particularidades de seu trabalho que se deveria buscar compreender? Seria captar ou construir junto com esses profissionais esses sentidos, a partir de instrumentos metodológicos que permitissem esse caminho?

Segundo Pino (1993), diferentes autores da corrente sócio-histórica como Vygotski (1987), Bakhtin (1988), Leontiev (1987) e Luria (1987), no que se refere ao uso da linguagem, fazem uma clara distinção entre os termos significado e sentido. A partir de formulações distintas, entendem por significado a significação convencional atribuída aos signos pela sociedade, e por sentido a significação que esses signos - articulados num contexto discursivo - têm para cada um de seus interlocutores. O sentido seria, então, o que cada palavra ou discurso evoca no sujeito, que teria relação com a sua história de vida pessoal, o que não significa que não seja social, pois toda experiência humana, para esses autores, é social por natureza.

Os sentidos, do ponto de vista teórico, encontram-se configurados pela atribuição de significados aos signos – que se constitui na “coisa” material (objeto, gesto, figura ou som), através da linguagem, presente no contexto discursivo dos sujeitos (PINO, 1993). Para F. Polan (apud VYGOTSKI, 1996, p. 179) “o significado permanece estante, só varia o sentido. O sentido da palavra refere-se a processos psicológicos despertados pela palavra em questão”. Vygotski complementa afirmando que

o sentido da palavra é a soma de todos os eventos psicológicos que a palavra desperta em nossa consciência... O significado é apenas uma das zonas de sentido, a mais estável e precisa. Uma palavra adquire o seu sentido no contexto em que surge; em contextos diferentes altera o seu sentido. O significado permanece estável ao longo de todas as alterações de sentido (1989, p. 125).

Os sentidos estariam presentes no discurso, o qual, por sua vez, passa a ser um elemento mediador da relação entre sujeitos. Toda atividade humana seria mediada semioticamente através de um sistema que envolve instrumentos técnicos e um sistema de signos. A mediação semiótica é um conceito chave e articulador de diferentes elementos na perspectiva da psicologia sócio-histórica, capaz de possibilitar através da comunicação, principalmente pela via da linguagem falada e escrita, a produção e apropriação da cultura (PINO, 1993). Através dos recursos metodológicos explicitados adiante, considerou-se ser possível chegar mais perto da expressão da singularidade dos sujeitos abarcados por este estudo, ainda que momentaneamente, pela compreensão do seu pensamento. A tentativa de compreensão do pensamento, da “fala interior”, expressa pela “fala exterior”, pressupõe, segundo Vygotski (1989, p. 126), “o predomínio do sentido sobre o significado, da frase sobre a palavra e do contexto sobre a frase”.

Na área do trabalho, os significados e os sentidos deste têm sido objetos de estudos mais frequentes a partir da década de 70 do último século, obtendo ênfase em decorrência das transformações observadas nas relações de trabalho, em particular se considerarmos estudos sobre o capitalismo, a reestruturação produtiva e as discussões sobre a centralidade da categoria trabalho. Têm sido levantados diversos questionamentos especialmente relativos à alienação, motivação, qualidade de vida no trabalho, mudanças nas formas de organização e das relações de trabalho, dentre outros, segundo Tolfo, Coutinho et al. Segundo estas autoras, os significados são compreendidos como “construções elaboradas coletivamente em um determinado contexto histórico, econômico e social concreto. Já os sentidos são uma produção pessoal, decorrente da apreensão individual dos significados coletivos, nas experiências cotidianas” (2005, p. 9).

Aguiar e Ozella (2006, p. 228) referem que o homem necessita “significar algo do mundo social como passível de satisfazer suas necessidades” antes de tomar iniciativas e partir para a ação. Toassi (2008, p. 36) reafirma a ênfase que esses autores dão ao “movimento de atribuição de significados às coisas e de almejá-las”, o que levaria o sujeito a “modificar-se constantemente, constituindo-se em um entrelaçamento de significações, necessidades e ações”. Afirma ainda, fundamentando-se em Aguiar e Ozella, que o homem é um ser criativo que inventa e transforma a realidade a partir de suas próprias necessidades. A linguagem seria o instrumento através do qual o sujeito travaria relações variadas e produziria sentidos para os acontecimentos, além de imprimir forma às circunstâncias, a partir do compartilhamento de sentidos entre indivíduos que falem a mesma língua (TOASSI, 2008, p. 37). No entanto, “para a compreensão da linguagem do outro é necessário ir além das palavras, buscando também o pensamento que a constitui e sua motivação, já que por trás de cada pensamento há uma intenção afetivo-volitiva” (ZANELLA et al, 2007, p. 31).

O cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica encontra-se constituído e delimitado por um contexto sócio-histórico e político norteador e condutor de suas práticas individuais e coletivas. Estas práticas, inseridas momentaneamente, em um conjunto particular de condições relativas a espaço físico, material e de pessoal próprias de cada unidade de saúde são vividas por cada um deles de modo singular com uma atribuição de sentidos próprios à expressão de sua subjetividade. Essa condição fez com que este estudo se debruçasse sobre a construção dos sentidos atribuídos ao trabalho por esses sujeitos. Quando se fala do trabalho nesse nível de atenção à saúde observa-se que, desde a idealização das políticas públicas de saúde já contextualizadas historicamente neste estudo até a definição dos processos de trabalho pelas portarias na tentativa de norteá-lo, fica evidente a relevância e a

responsabilidade reservadas aos sujeitos que participam efetivamente de sua realização cotidiana. Persiste, porém, a seguinte questão: a que sujeitos e a que subjetividade o estudo se refere e como acessar os seus sentidos?

Para Lukács, há um estreito e indissolúvel vínculo entre subjetividade e trabalho. Em sua Ontologia do Ser Social “desenvolve-se uma articulação fértil entre subjetividade e objetividade, onde a subjetividade é um momento constitutivo da práxis social, numa inter-relação ineliminável entre a esfera do sujeito e a atividade do trabalho” (apud ANTUNES, 2007, p. 161). Antunes (2007) compartilha com o autor supra-citado, a idéia de que tanto na gênese do ser social quanto no seu desenvolvimento e processo emancipatório o trabalho aparece como elemento ontologicamente essencial e como momento fundante da própria subjetividade humana, “por meio de contínua realização de necessidades humanas, da busca da produção e reprodução da sua vida societal, da gênese da própria consciência do ser social” (ANTUNES, 2007, p. 161).

Furtado (2009) remete-se a Gonzalez Rey (1994), o qual afirma que os fenômenos sociais não se esgotam nas configurações psicológicas individuais, sendo a subjetividade determinada na vida social e que esta, por sua vez, é determinante de seu próprio desenvolvimento. González Rey (2009, p. 211) define a subjetividade “como o processo e as formas de organização que caracterizam os processos de significação e sentido do sujeito e dos diferentes cenários sociais em que este se desenvolve”. Essa relação processual, segundo Furtado (2009, p. 91),

tem uma base material, mas tal base também tem caráter histórico na medida em que sua transformação (através do trabalho) agregará nela própria um quanto de subjetividade. A partir desse momento, não importa mais o objeto como ‘coisa-em-si’, e sim, ‘coisa-para-si’. Tanto o fato objetivo quanto o fato subjetivo integrarão um mesmo processo histórico e serão inseparáveis. Seja qual for a ‘leitura’ que se faça desse processo – via objetividade ou subjetividade –, estaremos sempre trabalhando com essa dinâmica.

Na perspectiva do materialismo histórico e dialético o homem é social e histórico, não possui características universais e nem se realiza individualmente. Ele é concreto, determinado pela realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que a determina através da ação coletiva. Baseando-se em Vygotski, Gonçalves (2009) afirma que cada pessoa é um agregado de relações sociais, donde se depreende que só há sujeito porque constituído em contextos sociais, os quais, por sua vez, resultam da ação concreta de seres humanos que coletivamente organizam o seu próprio viver. Essa organização dos contextos sociais pelo coletivo pressupõe uma série de relações mediadas pelos e entre os próprios sujeitos da ação

através da linguagem. Para Heller (1989), o conceito de mediação pressupõe uma interação constante entre o ser particular/individual e o ser genérico/universal, ainda que na cotidianidade de suas ações. Segundo ela, a assimilação de formas imediatas de intercâmbio ou comunicação social inicia sempre por grupos, os quais “estabelecem uma mediação entre o indivíduo e os costumes, as normas e a ética de outras integrações maiores” (HELLER, 1989, p. 19).

A subjetividade em Vygotski (1991), na qual se inclui uma “base afetivo-volitiva”, é constituída através de mediações sociais nas quais a linguagem seria a melhor representante da síntese entre a objetividade e a subjetividade, sendo o signo ao mesmo tempo, produto social que designa a realidade objetiva e uma construção subjetiva compartilhada por diferentes indivíduos além de, construção individual que se dá através de um processo de apropriação do significado social e atribuição de sentidos pessoais.

Neste estudo, considerou-se a atividade de trabalho dos profissionais da atenção básica à saúde como eminentemente relacional, coletiva e circunscrita sócio-historicamente em todos os momentos em que é realizada. A política de humanização na saúde prevê em sua gênese “a potencialização da capacidade humana de ser autônomo em conexão com o plano coletivo que lhe é adjacente” (PEREIRA e BARROS, 2008, p. 244). Para que esta potencialização seja minimamente possível, é necessário o encontro com um ‘outro’ com o qual se estabeleça um regime de trocas e construção de redes que suportem diferenças, na medida em que o trabalho em saúde se caracteriza por sua natureza eminentemente conversacional e dialógica (grifo da pesquisadora).

Levando em conta o que Vygotski (1996) define sobre relações sociais imediatas e mediadas, a atividade dos profissionais de saúde encontra-se colocada, na maior parte do tempo, na segunda categoria. As primeiras baseiam-se nas formas instintivas do movimento e da ação expressiva; já as mediatizadas fundam-se nos signos, os quais possibilitam a comunicação entre os sujeitos. O encontro com um outro, entendido enquanto alteridade, é característico de toda e qualquer atividade humana, desde que seja mediada (ZANELLA et al, 2007). O termo alteridade é utilizado diferentemente nas áreas da filosofia e da psicologia, tendo em comum apenas o ‘outro’; na primeira área, a relação é de oposição com o outro e na segunda é simplesmente de relação com o outro. Zanella et al (2007) recorrem às idéias de Vygotski (1996) para falar sobre o movimento no qual interesses, vontades e desejos são produzidos nas relações cotidiana e coletivamente vividas, sendo estas subjetivadas, convertendo-se em diferença, em alteridade.



Zanella (2005), ao abordar a questão da alteridade fundamentada em Vygotski (1996), destaca uma outra dimensão, igualmente relevante: a intrapsicológica, relacionada inexoravelmente à interpssicológica, diferenciando-se dessa maneira das contribuições apresentadas anteriormente. Esses encontros com o outro podem ser desestabilizadores e anunciadores do 'novo', promovendo a homogeneidade e/ou heterogeneidade, sendo uma constante em toda e qualquer atividade humana grifo da pesquisadora).

As relações mediatizadas pelos signos, nos níveis intra e interpssicológicos relacionados, sustentam a conversação, a normatização de procedimentos, as trocas de posições ou lugares sociais, as relações de poder, enfim, a emergência de uma subjetividade que praticamente se confunde com a noção de alteridade manifestada no cotidiano das relações de trabalho dos profissionais da saúde.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Critérios para escolha do método

Minayo (2008, p. 187) define o marco metodológico de uma maneira ampla, afirmando que este “fundamenta teoricamente o caminho do pensamento seguido pelo investigador, ou seja, sua escolha metodológica, que deve corresponder à necessidade de conhecimento do objeto”.

O método escolhido para o desenvolvimento da pesquisa deve atender a dois requisitos principais: primeiramente, deve estar de acordo com as intenções do pesquisador, a fim de permitir que este chegue a responder à pergunta inicialmente colocada. Em seguida, embora no mesmo grau de relevância, o método deve ser coerente com o modo como o pesquisador enxerga e se relaciona com seu objeto de pesquisa, refletindo, portanto, sua visão de homem e de mundo. Parte-se da idéia de complexidade defendida por Morin (1996), como uma maneira mais rica de abarcar as modificações nas concepções do fazer científico clássico em curso desde o início do século XX, onde só o que era observável e/ou manipulável era passível de ser conhecido. Segundo I. Wallerstein, não se trata de rejeitar a ciência como modo de conhecimento, mas sim “de rejeitar uma ciência baseada na concepção de uma natureza passiva, em que toda a verdade já está inscrita nas estruturas do universo” (2006, p. 127).

A origem do princípio de complexidade é a noção de homem como algo complexo. “*Homo* é um complexo bioantropológico e biossociocultural” (MORIN, 1996, p. 130). Por essa razão, o processo de compreensão nessa visão torna-se mais complexo do que a ciência tradicional acreditava. A multidimensionalidade contida nesse homem complexo não é feita somente de instâncias complementares, mas também antagônicas as quais, segundo ele, trazem em seu bojo imperativos éticos, capazes de trazer consequências tanto para o conhecimento como para a ação (MORIN, 1996). Se essas consequências se refletem no campo do conhecimento, obviamente estão presentes em todas as instâncias necessárias ao desenvolvimento da pesquisa científica. Neste momento de reflexão sobre os critérios que levaram à definição do método para esta pesquisa, parece presente a idéia de que sujeito e objeto encontram-se indissociáveis, e suas porções objetivas e subjetivas, entrelaçadas.

Aguiar (2009) ressalta as reflexões de Vygotski (1934) nas quais este evidencia a inexistência de um método alheio a uma concepção de realidade e de relação homem-mundo. Um método que pudesse contemplar e dar conta da complexidade deste homem como objeto de estudo de forma processual de sua constituição e gênese.

Assim, falamos de um homem constituído numa relação dialética com o social e com a história, sendo ao mesmo tempo, único, singular e histórico. Esse homem, constituído na e pela atividade, ao produzir sua forma humana de existência, revela - em todas as suas expressões -, a historicidade social, a ideologia, as relações sociais, o modo de produção (AGUIAR e OZELLA, 2006, p. 224).

Um homem que se constitui através de uma relação de exclusão e inclusão, ou seja, ao mesmo tempo em que se distingue da realidade social, não se dilui nela, uma vez que são diferentes (AGUIAR, 2009, p. 129).

Também Gonzalez Rey (1999) aponta para a necessidade de construção de um método que dê conta da complexidade do objeto, destacando a apreensão da subjetividade como uma saída. Para tanto, Aguiar (2009) recorre às contribuições tanto de Vygotski como de Gonzalez Rey como referenciais para a contribuição dos sentidos e seus determinantes, tendo as palavras ou signos como pontos de partida para compreender a constituição da subjetividade mediada, pois, pela linguagem. A linguagem seria “um instrumento fundamental no processo de mediação das relações sociais, por meio da qual o homem se individualiza, se humaniza, apreende e materializa o mundo das significações que é construído no processo social e histórico” (AGUIAR, 2009, p. 130). Para compreender a fala, no entanto, a autora ressalta a importância de se compreender, além das palavras, o pensamento, que segundo Vygotski possui sempre tendências afetivo-volitivas que por sua vez apontam para responder ao último questionamento de nossa análise do pensamento (VYGOTSKI, 1998).

Transporta-se para esta etapa de descrição dos critérios sobre o método utilizado nesta pesquisa a questão sobre a especificidade do trabalho no setor da saúde para dar maior sustentação à discussão metodológica. Mediante o reconhecimento do campo da Saúde como uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção, Minayo (2004 p. 13) propõe como essencial uma abordagem dialética a qual “compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente”. A prática sendo vista como parte de uma realidade concreta, realizada por um grupo social, inserido em uma dada sociedade humana em um tempo e espaço determinados sendo, portanto, mutável, provisória e em constante dinamismo na sua relação com outros grupos sociais. Minayo (2004) recorre a Goldman como um adepto da

lógica dialética marxista, segundo a qual as ciências sociais devem abranger, além da compreensão dos fenômenos pelos agentes sociais, também os fatores sociais “inevitáveis”. Em uma análise sócio-histórica, proposta por esse estudo, deve-se “dar conta da coerência e da força criadora dos indivíduos e da relação entre as consciências individuais e a realidade objetiva” (MINAYO, 2004, p. 69).

Gonçalves (2009) entende que o materialismo histórico e dialético continua sendo uma resposta a muitas questões colocadas. Através dele, seria permitido o movimento da aparência para a essência, do empírico e abstrato para o concreto, do singular para o universal, a fim de alcançar o particular, tomando as totalidades como contraditórias, aliando a noção de sujeito ativo, em relação histórica com o objeto, respondendo à necessidade de reconhecimento do diverso, das particularidades sem cair no relativismo e sem perder o sujeito em sua totalidade e plenitude, além de procurar explicá-lo e tentar compreendê-lo sócio-historicamente.

Maheirie e França (2007) enfatizam a compreensão de método por Vygotski como a lente que possibilita ao sujeito fazer ciência. Ele teria contribuído, na visão das autoras, com princípios metodológicos para a ciência psicológica calcados em uma “concepção filosófica que possibilite ver cada sujeito como partícipe ativo da construção da história, ao mesmo tempo em que é coletivamente constituído, condensando em si, de forma complexa, as relações sociais” (2007, p. 25). Vygotski (1996, p. 284) afirma que “um olho que tudo visse, precisamente por isto nada veria; uma consciência que se desse conta de tudo não se daria conta de nada”. A partir desta visão ele defende o uso de métodos indiretos de investigação científica como parte do processo de conhecimento humano, de forma a superar as percepções imediatas dos fenômenos estudados. A investigação indireta iniciada por Vygotski (1996, p. 372) no campo das artes, “pôde compreender a vivência estética, enquanto apropriação específica que o sujeito faz de uma obra de arte”. Esse tipo de investigação proposta por ele se diz indireta, pois visa compreender a produção de novos sentidos pelo idealizador de sua própria obra.

Ao transportar o princípio desse tipo de investigação, para o alcance dos objetivos deste estudo supõe-se que, por meio dos sentidos atribuídos pelos profissionais da atenção básica pela linguagem discursiva referente ao próprio trabalho, tanto aquele idealizado de forma abstrata como o realizado de forma concreta, se possa chegar mais perto de uma vivência singular, particularizada e ao mesmo tempo contextualizada, por intermédio das práticas sociais envolvidas pelas políticas públicas de saúde e suas contradições.

### 3.2 Caracterização do estudo

A definição do método da pesquisa encontra-se intimamente ligada ao objeto de estudo e à maneira mais adequada para se aproximar dele, com o objetivo de construção de um determinado conhecimento científico. Tendo em vista a visão de homem complexo, multidimensional e datado sócio-historicamente, já definido anteriormente, não caberia pensar aqui em outro tipo de exploração que não fosse uma pesquisa do tipo qualitativo.

As questões investigadas na perspectiva metodológica qualitativa não se estabelecem, segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 16), mediante a operacionalização de variáveis, mas sim “formuladas com o objetivo de investigar os fenômenos em toda a sua complexidade e contexto natural. [...] Privilegiam, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir das perspectivas dos sujeitos da investigação”. Segundo esses autores, a investigação qualitativa se caracteriza por cinco aspectos, encontrados com mais ou menos ênfase, dependendo do estudo: a fonte direta de dados é o ambiente natural, sendo o investigador o instrumento principal; é descritiva, sendo os dados recolhidos em forma de palavras ou imagens e não em números; prioriza-se o processo mais do que produtos e resultados; procura-se analisar os dados de forma indutiva, isto é, não se preocupando com confirmação de hipóteses; o significado é de fundamental importância, sendo que o interesse está no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas. O objetivo dos investigadores qualitativos em relação aos seus sujeitos de pesquisa é de “perceber aquilo que *eles* experimentam, o modo como *eles* interpretam as suas experiências e o modo como *eles* próprios estruturam o mundo social em que vivem” (1994, p. 51, grifos dos autores).

Autores como Rossman e Rallis (1998, apud CRESWELL, 2007), acrescentam alguns aspectos característicos da pesquisa qualitativa àquelas colocadas anteriormente por Bogdan e Biklen, ampliando-a, de certo modo, a uma perspectiva mais recente. Entre estes aspectos sugeridos, incluem-se o aspecto emergente e não estritamente pré-configurado da pesquisa, de modo a permitir aberturas a mudanças no decorrer do processo; o caráter essencialmente interpretativo dos dados da pesquisa; a natureza interativa da pesquisa a partir das narrativas; o papel do pesquisador como parte do processo com o reconhecimento de seus valores, vieses e interesses; além de, o uso de métodos múltiplos interativos, e um raciocínio por parte do pesquisador também interativo e simultâneo, que permita idas e vindas envolvendo a coleta de dados, análise e comunicação destes.

Freitas (2007), apoiando-se nos fundamentos de uma perspectiva sócio-histórica de pesquisa de caráter qualitativo, procura enfatizar alguns pontos nos quais ela se aproxima e se distancia das duas propostas descritas anteriormente: a perspectiva sócio-histórica considera a fonte de dados o texto (ou contexto) “focalizando o particular enquanto instância de uma totalidade social; as questões de pesquisa orientam-se para a “compreensão dos fenômenos em toda a sua complexidade e em seu acontecer histórico”; “o processo de coleta de dados caracteriza-se pela ênfase na compreensão [...] procurando possíveis relações dos eventos investigados numa integração do individual com o social”; “a ênfase da atividade do pesquisador situa-se no processo de transformação e mudança em que se desenrolam os fenômenos humanos...”; “o pesquisador é um dos principais instrumentos da pesquisa porque, sendo parte integrante da investigação, sua compreensão se constrói a partir do lugar sócio-histórico no qual se situa e depende das relações intersubjetivas que se estabelece com os sujeitos com quem pesquisa”; “o critério que se busca numa pesquisa não é a precisão do conhecimento, mas a profundidade da penetração e a participação ativa tanto do investigador quanto do investigado” (2007, p. 27-28).

Para finalizar o que pensa Freitas (2007, p. 29) sobre a concepção de pesquisa nas ciências humanas a partir da perspectiva sócio-histórica “implica compreendê-la como uma relação entre sujeitos possibilitada pela linguagem”. Deste modo, a própria adoção do termo sujeito e não objeto ao referir-nos à pessoa investigada reflete a posição do pesquisador quanto à sua forma de focalizar e compreender a realidade, permitindo-lhe um espaço de participação ativa no processo segundo o pensamento de Gonzalez Rey (1999).

Partindo dos conceitos e princípios expostos até aqui, e após discorrer sobre os preceitos éticos no próximo subitem, passarei a descrever os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa, compreendida por três etapas: a primeira, com caráter exploratório, a segunda, de aplicação de entrevistas semi-estruturadas, e a terceira, de análise das informações obtidas seguida de plano para a devolução dos resultados.

### **3.3 Preceitos éticos**

“É preciso saber que a ciência e a razão não têm a missão providencial de salvar a humanidade, porém têm poderes absolutamente ambivalentes sobre o desenvolvimento futuro da humanidade” (MORIN, 1996, p. 125). Esta frase contempla uma discussão sobre a ética na

ciência. O autor complementa destacando que há pesquisadores que querem continuar na ilusão da neutralidade da ciência, preferindo acreditar que “a ciência é muito boa; ela é moral” (1996, p. 127). A técnica, por sua vez, seria ambivalente e a política seria ‘má’ e responsável pelo ‘mau’ desenvolvimento da ciência (grifos da pesquisadora).

Esse modo de enxergar a ciência torna-a dissociada de um contexto social e político mais amplo, ao mesmo tempo em que torna o investigador menos responsável por aquilo que produz. Acreditar na neutralidade da ciência e nas boas intenções de quem vai fazer uso do conhecimento científico é não se dar conta de que as ações humanas tendem a escapar das mãos de seu criador. Anthony Giddens (1991, p. 50), ao analisar as consequências da modernidade, afirma que “a apropriação do conhecimento não ocorre de uma maneira homogênea, mas é com frequência diferencialmente disponível para aqueles em posição de poder, que são capazes de colocá-lo a serviço de interesses seccionais”.

Portanto, em processos de pesquisa, todo o cuidado ético é necessário, a fim de preservar a integridade dos seres humanos num âmbito global e dos sujeitos da pesquisa considerando-se o âmbito local. Bogdan e Biklen (1994) ressaltam o cuidado em relação aos preceitos éticos na investigação com seres humanos em dois aspectos: o do consentimento informado com a adesão voluntária e o segundo quanto a danos que poderiam estar envolvidos, superando os benefícios de determinado estudo. Para esses autores, ainda que se possam estabelecer linhas de direção para a tomada de decisões de caráter ético, continuam sendo da responsabilidade do investigador as decisões éticas mais complexas, que possam transcender às normas previamente estabelecidas na forma do termo de adesão, consentimento informado e proteção quanto a danos.

A investigação qualitativa, com características de interatividade e de intersubjetividade entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, exige mais do que nunca que o investigador tenha alguma consciência de si próprio, de seus valores e crenças os quais serão determinantes de atitudes mais ou menos éticas. Morin (1996, p. 128) relata que há cinquenta anos, Husserl, em uma conferência sobre a crise da ciência européia, mostrou que “havia um buraco cego no objetivismo científico: era o buraco do conhecimento de si mesmo”. Referia, com essa afirmação, que a ciência foi capaz de desenvolver maneiras refinadas de chegar a seus objetivos, tendo, porém, tornado-se cega para a subjetividade humana.

Atender às normas oficialmente colocadas no que diz respeito aos procedimentos normativos éticos para que esta investigação científica pudesse ser aprovada tanto pela

Comissão interna de acompanhamento de pesquisas da SMS/PMF como pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC), pareceu ser o requisito mínimo a ser cumprido diante de uma discussão de tamanha importância. Tais aprovações concretizaram-se levando em conta o resultado do exame de qualificação do projeto (ANEXO A), mediante declaração de consentimento para a realização da pesquisa emitido pela SMS/PMF em 23/12/2009, além de certificado número 563, expedido em 22/02/ 2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (vide Anexos B e C respectivamente).

### **3.4 Pesquisa exploratória**

Esta etapa originou-se da necessidade de conhecer e caracterizar com detalhes o campo de estudo a ser adentrado, de modo a permitir, dentre outros aspectos, uma maior clareza na elaboração de critérios para a seleção dos sujeitos participantes da pesquisa. Na definição de Minayo (2004, p. 89) a fase exploratória da pesquisa é tão importante que pode ser considerada uma Pesquisa Exploratória e abrange desde a etapa de escolha do tema, a delimitação do problema, definição de objetivos, construção do marco teórico, definição dos instrumentos de coleta de dados e exploração do campo. Como a definição da autora evidencia, trata-se de um conceito amplo que envolve praticamente todas as etapas anteriores ao início da coleta de dados.

No caso deste estudo, e de acordo com a definição do que seja uma pesquisa exploratória, pode-se considerar que esta etapa iniciou-se, mesmo que informalmente, ainda antes do ingresso da pesquisadora no PPGP, quando da realização do Projeto de trabalho junto aos Centros de Saúde do município, conforme já relatado no capítulo de Introdução, quando o campo foi melhor conhecido em suas peculiaridades. Desde então, diversos outros esforços de cumprir as etapas subsequentes do processo se deram, até chegar à qualificação do projeto em 15 de dezembro de 2009 conforme Ata de Exame de Qualificação do Projeto de Pesquisa (vide Anexo A).

Após a qualificação do projeto, foi feita uma opção metodológica que modificaria os seus rumos, inclusive teóricos: ao invés de pensarmos nos sujeitos de antemão como parte das equipes de ESF, optou-se por pensá-los e abordá-los como profissionais em suas singularidades, procurando buscar nos dados os elementos de inserção e vinculação nessas



equipes, sua percepção e sentimentos mobilizados pelo trabalho além de suas concepções e aplicações das políticas públicas de saúde no cotidiano de suas atividades laborais.

A partir desta redefinição foi realizada uma pesquisa exploratória propriamente dita junto ao Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) da Secretaria Municipal de Saúde, objetivando obter um panorama da rede composta pelos Centros de Saúde no que se refere à distribuição de seus respectivos profissionais. Foi realizado um primeiro contato com o setor em março de 2010, com a apresentação de um pedido por escrito no qual constavam as necessidades previstas no levantamento. Este pedido foi acompanhado de dois documentos adicionais, quais sejam: o termo de consentimento do estudo assinado por responsável pelo setor de acompanhamento de pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde e o resultado da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (vide Anexos B e C). Vencidos os trâmites necessários, foi realizado o levantamento em conjunto com profissional do Setor de Pessoal, diretamente no Banco de Dados da própria Secretaria, em abril de 2010. O levantamento inicial obtido caracterizou-se por uma listagem dos Centros de Saúde com seus respectivos servidores citados nominalmente, seus respectivos cargos e unidades de lotação.

Neste levantamento foram incluídos todos os servidores que fazem parte do quadro da Secretaria Municipal de Saúde e que se encontram trabalhando em Centros de Saúde, distribuídos pelos cinco Distritos Sanitários, independente de estarem ativos, em férias, em licenças de saúde, e independente do tipo de vínculo empregatício. Só não foram considerados os servidores em afastamentos não-remunerados e estudantes de graduação que ali realizam estágios, sem vínculo empregatício. A análise dessas informações possibilitou a elaboração de tabelas (Apêndices A, B, C, D, E) que mostram a distribuição desses profissionais por Centro de Saúde, as quais permitiram uma visão global e ao mesmo tempo detalhada dos profissionais que compunham o quadro total de servidores e de sua lotação por ocasião do levantamento.

Partindo dessas tabelas, pôde-se ter um panorama geral da composição de profissionais trabalhando na atenção básica, o que permitiu definir critérios para seleção dos sujeitos que iriam participar das entrevistas posteriormente, conforme abordado no item a seguir.

### 3.5 Campo e sujeitos da pesquisa

O campo pesquisado foi constituído por Centros de Saúde que prestam atendimento no nível da atenção básica à saúde, pertencentes à Prefeitura Municipal de Florianópolis. Estes Centros de Saúde são compostos por profissionais que integram o quadro denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), os quais foram sendo agregados aos profissionais que ali já trabalhavam antes da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e que desenvolvem a assistência em nível de atenção básica. Foram incluídos como sujeitos deste estudo profissionais ocupantes de categorias funcionais que atuam na atenção básica nos Centros de Saúde, independente de fazerem parte oficialmente das equipes de ESF. Essas categorias incluem médicos generalistas e de família, pediatras, ginecologistas, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Agregam-se a estes, outros profissionais tidos como especialistas, os quais realizam apoio matricial<sup>7</sup> em áreas específicas, compondo os NASF (Núcleos de Atenção à Saúde da Família). Estão entre esses especialistas: psiquiatra, geriatra, psicólogo, nutricionista, assistente social e educador físico, os quais circulam pelas unidades de saúde, numa proposta de trabalho interdisciplinar, objetivando “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 399).

Participaram da pesquisa dez profissionais, selecionados de modo a garantir pelo menos um representante de cada categoria profissional. Alguns critérios foram definidos previamente e cumpridos, a saber: representação dos cinco Distritos Sanitários de Saúde do município, englobando dez diferentes Centros de Saúde, os quais foram selecionados, na medida do possível, procurando contemplar unidades representativas das diversidades populacionais, com localizações desde as mais centrais às mais periféricas. Quanto aos sujeitos, todos são funcionários da PMF, e a prioridade de escolha foi dada a profissionais que trabalham diariamente na mesma unidade de saúde, fazendo parte do seu cotidiano e processo de trabalho. Foram entrevistados um médico de família, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, uma atendente de consultório odontológico (ACO), uma agente comunitária de saúde (ACS), um técnico administrativo, uma médica pediatra e uma psicóloga. Após a seleção, confirmação e realização de entrevista

---

<sup>7</sup> O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência na atenção básica (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 400).

com os primeiros oito participantes foi aberta a participação de outros dois profissionais: uma médica pediatra do PSF que se divide atuando em duas unidades de saúde e uma psicóloga que faz parte do NASF e atua em seis unidades de saúde. Como critério para escolha destas últimas duas profissionais, procurou-se garantir que uma delas, ao menos, mantivesse um vínculo de contrato temporário com a PMF. Este critério fora estabelecido previamente, porém ainda não atendido até então, uma vez que todos os demais entrevistados possuíam vínculo efetivo de estatutários, com exceção da agente comunitária de saúde que é contratada pela CLT pela própria Prefeitura Municipal, porém também em caráter permanente. Considerou-se que o tipo de vínculo empregatício pudesse constituir elemento importante na singularidade dos sujeitos em suas concepções de trabalho.

### **3.6 Procedimentos metodológicos**

Entrar no campo, para autores da compreensão sócio-histórica, já é fazer parte dele, porém com o cuidado de estar em uma posição exotópica, que significa de um “lugar fora do outro” segundo Freitas (2007, p. 36). Essa posição implica em estar junto com os sujeitos em uma proposta de mediação que ultrapassa a descrição dos eventos, procurando estabelecer relações entre eles e integrando as dimensões individual e social.

Antecedeu às entrevistas, conforme já descrito, um mapeamento de todos os profissionais que trabalham nos Centros de Saúde, por categoria profissional. De posse desses dados como panorama geral de configuração do campo da pesquisa, elaborou-se um planejamento inicial de ação com algumas possibilidades de acesso às unidades de saúde e seus respectivos profissionais, levando em conta a distribuição geográfica, de acordo com seu pertencimento a cada um dos cinco Distritos Sanitários. Visando este acesso foram realizados contatos com os coordenadores dos Centros de Saúde que abrigavam os profissionais potencialmente interessantes para a finalidade e critérios da pesquisa, a fim de explicar os seus objetivos e de solicitar autorização para a entrada nas unidades para as entrevistas.

Os contatos com os Centros de Saúde foram realizados por telefone, de um modo geral, a partir dos coordenadores, mediante a apresentação da pesquisadora e da proposta da pesquisa, ambas formalizadas em Carta de Apresentação (vide anexo F). Obtida a autorização junto à coordenação da unidade de saúde, na maioria dos casos foram necessários vários contatos até obter a definição do participante e o agendamento da entrevista. Por mais de uma ocasião houve a necessidade de mudança do planejamento inicial de ação devido a fatores

como falta de atendimento aos critérios estabelecidos, ausência temporária do profissional na unidade por motivo de férias ou licença, demora no agendamento da entrevista por falta de tempo do profissional e demora no retorno ao contato telefônico realizado, entre outros. Em dois casos foram realizados contatos informais prévios com os sujeitos, mediante a oportunidade de encontros casuais, após os quais houve confirmação e agendamento oficial por contato telefônico direto na unidade. Alguns cuidados do ponto de vista ético foram tomados, anteriormente não previstos no projeto de pesquisa, mas que mostraram-se necessários no decorrer do estabelecimento dos primeiros contatos realizados: os sujeitos que foram contatados diretamente em suas unidades com a mediação de seus coordenadores não eram os únicos representantes da categoria pretendida pela pesquisadora naquela unidade, de modo a não se sentirem pressionados a participar da pesquisa; estes sujeitos foram informados da necessidade de disponibilidade de 30 a 40 minutos para a entrevista, em horário e data a combinar, dentro do seu período de trabalho e com a anuência prévia do coordenador da unidade e, por fim, buscou-se a permissão junto a cada profissional para que sua entrevista fosse gravada.

Percalços ocorridos durante o processo de seleção de sujeitos para as entrevistas acabaram desencadeando mudanças com relação à proporcionalidade inicialmente definida quanto ao número de Centros de Saúde (CS) a serem incluídos por Distrito Sanitário: inicialmente o planejamento previa a inclusão de três CS do Distrito Sul, por ser o de maior abrangência, com treze unidades; dois CS do Distrito Continente, o segundo de maior cobertura, com dez unidades; dois do Distrito Norte, também com abrangência de dez unidades; dois do Distrito Leste com uma abrangência de nove unidades e por fim um CS do Distrito Centro, com uma abrangência de cinco unidades. A mudança ocorrida deu-se devido à dificuldade de contato com a única profissional de psicologia na ativa no Distrito Norte por ocasião da pesquisa, tendo sido necessário um novo contato e consequente substituição por outra colega que tivesse um horário disponível em sua agenda para a entrevista. Efetivamente, ocorreu a eliminação de um CS do Distrito Norte, que foi substituído por outro CS do Distrito Leste, com o objetivo de manter o número de profissionais e as categorias destacadas para a pesquisa.

### 3.6.1 Instrumento para coleta de informações

Aguiar apóia-se em Gonzalez Rey (1999) ao afirmar que “numa pesquisa de perspectiva qualitativa, deve-se compreender o instrumento como um meio que serve para induzir a construção do sujeito. Assim, ele não constitui uma via direta para a produção de resultados finais, e sim um meio para a produção de indicadores” (2009, p. 135). Para esta autora, o instrumento consiste em mais um momento de comunicação entre o pesquisador e o sujeito, porém não o único, podendo constar outros recursos, como as observações e/ou gravações.

Nesta pesquisa com o objetivo principal de compreender os sentidos do trabalho por profissionais da atenção básica à saúde, pressupõe-se uma aproximação intersubjetiva entre sujeitos, utilizando-se como instrumento para coleta de informações a entrevista reflexiva. A entrevista, segundo Szymanski (2000, p.193), “tem sido empregada em pesquisas qualitativas, como uma solução para o estudo de significados subjetivos e de tópicos complexos demais para serem investigados por instrumentos fechados num formato padronizado”. Apoiada nas idéias de Minayo (1996), Szymanski coloca que os dados obtidos com a entrevista são de dois tipos: os de natureza “objetiva” como fatos concretos e objetivos que poderiam ser obtidos de outro modo; e os de natureza “subjetiva” como atitudes, valores e opiniões, que só são possíveis de serem alcançados mediante a contribuição dos atores sociais envolvidos. Nesta perspectiva, a autora coloca em evidência o caráter de interação social da entrevista, estando esta “submetida às condições comuns a toda interação face a face, na qual a natureza das relações entre entrevistador-entrevistado influencia tanto o curso da entrevista como o tipo de informação que aparece” (SZYMANSKI, 2000, p. 194).

Para Freitas (2007), a entrevista, na pesquisa de cunho sócio-histórico, tem a característica de ser compreendida como uma produção da linguagem que, numa situação de interação verbal, tem o objetivo de mútua compreensão. Compreensão esta, no dizer de Bakhtin, parafraseado por Freitas (2007, p. 35), “ativa” e “responsiva”, na qual o ouvinte interage desde o início do discurso: “... concorda ou discorda, completa, adapta, repensa ...”, permanecendo em atitude de elaboração e compreensão constantes.

Todos esses autores levam à afirmação de que a entrevista face a face é fundamentalmente uma situação de interação humana. Segundo Szymanski (2000), estão em jogo em um processo interativo complexo e recorrente, percepções de si e do outro, expectativas, sentimentos, preconceitos, interpretações e constituição de sentido para

entrevistados e entrevistadores. O termo ‘reflexivo’ refere-se ao caráter recorrente desta interação. A entrevista do tipo reflexiva propõe uma ‘reflexividade’ (SZYMANSKI, 2000), no sentido de refletir a fala de quem foi entrevistado, expressando a compreensão da mesma pelo entrevistador e submetendo-a de volta ao entrevistado para confirmação, buscando dessa forma construir uma condição de horizontalidade de posições, minimizando diferenças culturais e de compreensão.

A modalidade de entrevista semi-estruturada e reflexiva foi utilizada na maior parte do tempo pela pesquisadora, mostrando-se como um recurso que além de minimizar possíveis problemas de comunicação, garantiu uma riqueza maior de detalhes, os quais, ao serem retomados a partir de um novo questionamento, provocavam a todo momento uma ampliação das respostas, que de outro modo teriam sido menos aproveitadas. A entrevista, segundo Zago (2003), como um recurso recriado numa relação interpessoal, não se dá, portanto, em um “sentido único” (grifo da autora) e nem segue uma ordem linear; o roteiro que se estabelece previamente não segue uma estrutura de rigidez, sendo mais um guia do que algo a ser esgotado em sua íntegra, permitindo assim novas entradas e imprevisibilidades, próprias a toda dinâmica de interação humana.

Foi desenvolvido para o estudo um roteiro de entrevista semi-estruturada preliminar, aplicado como instrumento piloto na primeira entrevista. Já nessa entrevista piloto sentiu-se a necessidade de reportar-se à opinião da entrevistada sobre a inclusão das equipes do NASF nas unidades de saúde, tendo sido este, o único item acrescentado ao roteiro final (vide Apêndice G). Foram deixadas em cada Centro de Saúde por ocasião das entrevistas, a Carta de apresentação da pesquisa (vide Apêndice F) bem como foram assinados no local os termos de Consentimento livre e esclarecido por cada sujeito participante (vide Apêndice H).

As entrevistas foram todas realizadas nas respectivas unidades de saúde nas quais os sujeitos trabalhavam, com exceção do médico de família que por ocasião desta prestava serviço na SMS, local escolhido por ele para ser entrevistado. Todas as entrevistas foram gravadas sem ressalvas ou intercorrências e posteriormente transcritas na íntegra pela própria pesquisadora.

### **3.6.2 Recursos de análise e devolução de resultados**

A etapa de análise dos dados propriamente dita consiste em um momento fundamental no qual o pesquisador realiza um mergulho nos dados de sua pesquisa, levando

consigo suas perspectivas teóricas, sua experiência de vida, seus valores, enfim, seu ser inserido no mundo, em sua totalidade. Sua expressão em contato com os dados de sua pesquisa é supostamente de liberdade, assim como se supõe tenha sido a expressão dos sujeitos pesquisados. Para Bakhtin (2003, p. 395-396), “certo elemento de liberdade é inerente a toda expressão”, porém, acrescenta: “o ser da expressão só se realiza na interação de duas consciências (a do eu e a do outro); a penetração mútua com manutenção da distância”. Fazendo uma leitura de suas palavras, compreende-se que o mergulho do pesquisador deve se desenvolver com limites, de modo a não absorver-se por completo, num movimento de entrar e sair das mobilizações e emoções produzidas no campo.

Do ponto de vista estrutural da pesquisa a análise de dados consiste em uma das últimas etapas a ser desenvolvida, juntamente com a proposta de devolução. Na prática, porém, ela pode se desenrolar de um modo cronológico um pouco diferente, podendo ocorrer simultaneamente à coleta de dados, intercalando-se com esta ou ainda posteriormente a ela. Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, Bogdan e Biklen (1994) colocam mais de um modo de fazê-lo, dependendo da experiência do pesquisador, mas ressaltam ser inerente aos estudos qualitativos o processo de reflexão acerca dos dados à medida que estes vão sendo coletados. Seria este um modo de ampliar o próprio potencial dos instrumentos de pesquisa, conduzindo a outros levantamentos a partir de percepções e reflexões que vão emergindo, por parte do investigador, simultaneamente, à coleta dos dados.

A análise de dados é definida por Bogdan e Biklen (1994, p. 205) como

o processo de busca e de organização sistemático de transcrição de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou. A análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros.

A metodologia utilizada para a análise de dados nesta pesquisa foi a da análise de discursos, tendo como ponto de partida núcleos de significação delimitados a partir das narrativas e dos objetivos delineados pela pesquisa. Baseada na premissa de que o objetivo central desta investigação é buscar a compreensão do cotidiano de trabalho entre profissionais de saúde a partir de uma perspectiva dialógica e reflexiva, propiciada pelas entrevistas reflexivas, procurou-se partir da análise da linguagem como forma de mediação do discurso desses sujeitos. Assim, a partir das narrativas orais produzidas procurou-se levantar as concepções, sentimentos, impressões e significados que os profissionais da atenção básica atribuem ao seu trabalho construindo uma noção de sentidos atribuídos a este.

Segundo Rocha-Coutinho (2006), através das narrativas pode-se obter um quadro mais amplo do modo como os entrevistados se percebem no mundo, de ‘como’ e a ‘quê’ atribuem valor, além do significado particular atribuído às suas ações e ao seu lugar no mundo (grifos da pesquisadora). A narrativa, em sua concepção, permitiria ao pesquisador a exploração não somente de fatos e atividades, mas também de sentimentos, trazendo junto a experiência emocional de seus sujeitos. Ao falar de si, as pessoas constroem identidades, articulam experiências e refletem sobre o significado destas experiências. Rocha-Coutinho sugere ainda que

se quisermos melhor entender como as ideologias dominantes, muitas vezes contraditórias, refletidas e reforçadas pelos diferentes tipos de discurso, estruturam nossas instituições e moldam a vida cotidiana das pessoas, é necessário ouvir não apenas o que as pessoas reais dizem de suas vidas concretas, mas também como elas o dizem e porque o fazem desta forma (2006, p. 68).

Recorrendo a Aguiar (2009), Vygotski (1998), Gonzalez Rey (1999) e Pino (1993), adotou-se as palavras/signos como pontos de partida para a compreensão da linguagem como mediação da subjetividade e instrumento produzido social e historicamente, materializando a produção de sentidos. Em seguida, foi-se em busca do que Aguiar denomina de “núcleos de significação do discurso” (2009, p. 135), que se constituem nos temas, conteúdos e questões centrais apresentadas pelos sujeitos geradores de motivações, emoções e envolvimento, além de outros temas que o pesquisador possa entender como algo a ser destacado para a análise, orientado *a priori* pelos objetivos da pesquisa.

A identificação dos núcleos consistiu em uma primeira etapa da análise, para em seguida serem estes articulados às questões e/ou conteúdos com o próprio discurso dos sujeitos da pesquisa, na busca de determinações, necessidades, contradições e relações para então, poder falar dos seus sentidos (AGUIAR, 2009). Para esta autora, essa articulação se dá não somente na busca de explicações na história do sujeito ou em uma análise intradiscurso: apesar de nosso sujeito ser compreendido em sua particularidade e singularidade, sua produção, isto é, suas falas, conteúdos e emoções necessitam “ser articuladas com o processo histórico que as constitui, enfim, com a base material sócio-histórica constitutiva da subjetividade, para aí sim explicitar como o sujeito transformou o social em psicológico e assim constituiu seus sentidos” (2009, p. 137).

O trabalho dos profissionais da atenção básica é definido, estruturado e organizado a partir dos discursos provenientes das normativas adotadas pelas políticas públicas de saúde vigentes. Assim, partindo da análise de discursos destes profissionais a respeito de seu trabalho, pôde-se compreender um pouco melhor como esses dois tipos de discursos se



encontram ou se distanciam na prática. Essa possibilidade de encontro foi possível pela articulação entre a singularidade do discurso dos sujeitos, com as marcas sócio-históricas e ideológicas nele presentes, e o discurso oficial propugnado pelas Políticas Públicas de Saúde.

Como última etapa do planejamento antes de iniciar as entrevistas nas unidades de saúde, chegou-se ao momento e à necessidade de decidir qual seria a melhor maneira de realizar a devolução dos resultados da pesquisa. Optou-se pela realização da devolutiva para os participantes através de um convite para a defesa da dissertação, mencionado previamente por ocasião da realização das entrevistas e a ser confirmado oportunamente por contato telefônico direto com os interessados. Além disso, será entregue uma cópia do relatório definitivo da pesquisa após a defesa, ao Setor de Análise e Acompanhamento de Projetos de Pesquisa situado na sede da própria Secretaria Municipal de Saúde.

No capítulo que se segue serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, a partir dos núcleos de significação delineados para análise.

## **4 O COTIDIANO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

A priorização da análise da temática relativa ao cotidiano e sentidos do trabalho para profissionais da atenção básica à saúde em uma perspectiva sócio-histórica permitiu identificar, ao longo de uma primeira leitura flutuante dos registros das entrevistas realizadas, quais aspectos individuais ou particulares dos sujeitos encontravam-se entrelaçados em seus discursos acerca de seu cotidiano de trabalho.

A partir desse exercício e com base no referencial teórico e metodológico de análise de discursos (AGUIAR e OZELLA, 2006), foram elencados núcleos de significação a partir dos quais se organizou o material coletado, tendo em vista duas temáticas centrais: sentidos do trabalho e o imbricamento de aspectos individuais/particulares e humano/genéricos nos discursos e práticas cotidianas. Essas temáticas consideraram os objetivos do estudo e as narrativas apreendidas através dos relatos dos sujeitos da pesquisa.

Foram destacados três núcleos de significação, procurando abranger ao máximo possível o que se pretendia responder através deste estudo, a saber: Trajetórias de trabalho dos profissionais: a integração da vida com o trabalho; Concepções e sentimentos em relação ao trabalho: emoção e intensidade afetiva, criatividade, saberes tácitos e estratégias defensivas no combate às dissonâncias no cotidiano; Políticas públicas em saúde: o que se conhece, o que se faz na prática e o que se deseja fazer. Estes núcleos foram nomeados de modo a abranger o que se pretendia mostrar em cada um deles, tendo-se, porém, a consciência de sua limitação em expressar todos os elementos encontrados no campo.

### **4.1 Trajetórias de trabalho dos profissionais: a integração da vida com o trabalho**

O questionamento sobre as trajetórias de trabalho de profissionais da atenção básica à saúde, parte do primeiro objetivo específico proposto neste estudo, à luz dos achados da pesquisa abriu espaço para uma discussão acerca das singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de construção do trabalho na saúde nesse nível de atendimento. Ao mesmo tempo, permitiu constatar que esses sujeitos fazem parte de um coletivo de trabalho no qual essas singularidades encontram-se a serviço de necessidades inerentes à construção de um processo de trabalho definido sócio-historicamente a partir de suas práticas cotidianas.

Procurou-se trazer uma apresentação dos sujeitos através de uma síntese elaborada a partir dos relatos no Quadro 1 adiante, de modo a situar o leitor quando os sujeitos forem

mencionados de modo particularizado. Estes sujeitos, como já explicitado detalhadamente no capítulo 3, foram selecionados e entrevistados em dez Centros de Saúde diferentes, distribuídos entre os cinco Distritos Sanitários do município de Florianópolis. Por uma questão ética em preservar o anonimato dos sujeitos e evitar uma possível associação às unidades de trabalho, foram-lhe atribuídas letras do alfabeto aleatórias, que seguem antes da descrição dos cargos ou categorias funcionais que ocupam na SMS/PMF, conforme informado no Quadro 1.

Achados da pesquisa relativos às perguntas “quem são estes profissionais?” e “em que contexto de trabalho se inserem?” mostraram um imbricamento das dimensões singular e coletiva dos sujeitos, que os inserem em um contexto de trabalho e de vida interligados se tomarmos como referência suas trajetórias profissionais que acabam por compor de forma panorâmica uma relação de identidade com o trabalho desenvolvido no cotidiano. A narrativa de F, a seguir, mostra de modo inequívoco esta interligação apontada entre a vida e o trabalho, temática apontada como central deste primeiro núcleo de significação levantado:

*Eu faço parte de um grupo muito seletivo de pessoas que têm o trabalho e a vida como faces de uma mesma coisa* (F- médico de família).

Observa-se em sua narrativa que F se percebe como parte de um grupo de pessoas cuja vida e trabalho mantêm uma relação de identidade que os caracteriza como um ‘grupo’. A relação que envolve os aspectos da identidade com o trabalho na contemporaneidade é tema de diversos estudos, entre eles, Coutinho (2006; 2009) e Coutinho, Krawulski e Soares (2007). Estes estudos partem do princípio geral de que a identidade se constrói em uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade, na qual cada indivíduo se identifica e se transforma a partir do outro (COUTINHO, 2006).

Para Martin-Baró (1988, p. 117), os processos de construção da identidade pessoal e social não se separam: “não há identidade pessoal que não seja ao mesmo tempo e da mesma forma identidade social”. Ciampa (1984; 1987), por sua vez, concebe a identidade como concretude, metamorfose e fenômeno social. Em suas palavras,

a identidade como concreto está sempre se concretizando [...] é a síntese de múltiplas e distintas determinações, o desenvolvimento da identidade de alguém é determinado pelas condições históricas, sociais, materiais dadas, aí incluídas condições do próprio indivíduo. [...] Dessa maneira, a concretude da identidade é sua temporalidade: passado, presente e futuro (1987, p. 198).

<b>Sujeito – Cargo ocupado</b>	<b>Sexo/ Idade</b>	<b>Formação escolar/ acadêmica</b>	<b>Experiência profissional prévia</b>	<b>Forma de ingresso na PMF</b>	<b>Tempo PMF</b>	<b>Tempo no CS atual</b>	<b>Capacitação para a função</b>
C - Agente Comunitário Saúde	F 52	2º grau completo	Promoção de vendas	Processo seletivo CLT/AFLOV	10 anos	9 anos	“Uma colega ensinava para outra”, hoje faz curso de formação inicial para os ACS
F - Médico de Família	M 30/40*	UFRJ/ 2001	HG, Ambulatório e pronto-atendimento	Processo seletivo 1 ano, concurso há 2	3 anos	2 anos	Especialização em medicina de família
E - Enfermeira PSF	F 40/50*	UFSC/1991	Serviços domésticos	Concurso público	18 anos	8 anos	Curso introdutório de saúde família, capacitações a novos programas e coordenação
D - Dentista PSF	F 41	UFSC/1990	Clínica privada e PM Canelinha	Concurso público	18 anos	4 anos	Especialização em odontística e em Saúde da família
T - Técnico enfermagem PSF	F 52	2º grau completo Curso técnico enfermagem	HG e maternidade	Celestista 2 anos, estatutária 18 anos	20 anos	3 anos	Atualização sobre curativos e vacinas
R - Técnico administrativo	M 30/40*	Curso superior em administração/ 1996	Empresariado seguros, bancos e voluntariado em HG	Concurso público	1ano 8 meses	3 meses	Treinamento em sistemas, informação e atendimento
A - Auxiliar de enfermagem	M 51	2º grau incompleto Curso de auxiliar de enfermagem	Entrou direto na PMF	Indicação política na época, hoje estatutário	31 anos	8 anos	Curso de auxiliar de enfermagem e socorrista do corpo de bombeiros
O - Atendente Consultório Odontológico	F 64	Ensino Fundamental	Lavoura e Serviços domésticos	Indicação política, hoje estatutária	30 anos	30 anos	Treinamento no INSS para atendente de enf; para a função de ACO: “o doutor me ensinou”
M - Pediatra PSF	F 54	UFSC/ 1982	Entrou direto na PMF	Celestista, hoje estatutária	26 anos	4 anos	Estágio em pediatria
P - Psicóloga NASF	F 26	UFSC/ 2008	Clínica privada	Contrato temporário	4 meses	4 meses	Especialização em TCC

**Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos**

\* faixa etária estimada

Ciampa (1987) afirma ainda que, ao considerar-se a temporalidade enquanto interpenetrações de passado, presente e futuro, considera-se também a questão da diferença, excluindo a identidade como *mesmice*, posto ser vista como metamorfose. Em outra passagem, Ciampa (1984) afirma a identidade como um fenômeno eminentemente social, relacionando sua construção às relações estabelecidas com a prática e com as ações, enfim, com o trabalho que é realizado.

Também para Jacques (2006) a importância do *homo faber* no mundo contemporâneo é uma justificativa para a associação entre identidade e trabalho, oriunda de uma tradição que confere ao papel social uma importância na constituição da identidade. Concebe a autora que o exercício de certas atividades objetivadas temporalmente, assim como o convívio com determinadas relações sociais em determinado momento histórico constituem “modos de ser” (2006, p. 156) que qualificam os pares como semelhantes, apesar das diferenças, caracterizando alguns espaços de trabalho e/ou categorias profissionais com suas qualificações, sendo incorporados como constitutivos da identidade. Ainda em sua concepção, o termo identidade social tem sido empregado no campo da psicologia social ao referir-se

à consciência de pertencer a determinado grupo social e à carga afetiva que essa pertença implica. Enquanto apresentada como um processo dialético, a identidade social facilita a incorporação de valores e normas do grupo social, implica uma participação ativa do sujeito na construção da identidade grupal e afeta o contexto histórico em que ocorrem estas relações concretas (JACQUES, 1996, p. 44).

Para Martin-Baró (1988), pertencer a um grupo com uma identidade não significa que seus membros precisem ter algo em comum individualmente, mas sim que o grupo em si mantenha uma unidade de conjunto que o defina perante outros grupos. Pressupõe-se que os sujeitos desta pesquisa integram um determinado grupo social, neste caso grupo de trabalho, caracterizado por práticas laborais e contextualizado historicamente como coletivo que os identifica como semelhantes, mas também objetivam suas atividades de trabalho temporal e singularmente a partir de suas concepções individuais. Partindo desse pressuposto, atentou-se nesta análise para elementos que aproximam os sujeitos enquanto parte de um processo identificatório relacionado à sua inserção no mundo do trabalho especificamente na área da saúde, como também para aqueles particulares, próprios de suas vivências e trajetórias individuais.

Aspectos relativos ao modo particular como estes sujeitos relacionam-se com o seu trabalho emergiram com frequência em suas narrativas a expressão da centralidade do trabalho em suas vidas. Apesar das maneiras singularmente colocadas, percebeu-se a indissociabilidade entre uma instância e outra, isto é, entre a vida e o trabalho: narrativas

sobre o trabalho de um modo geral e sobre os sentidos do trabalho na atenção básica à saúde especificamente mostraram um vínculo estreito entre uma dimensão e outra, como se o trabalho que realizam estivesse completamente incorporado à vida.

*O trabalho me engrandece, é minha vida, é minha finalidade, ele me realiza, aquilo que você faz, o meu dia-dia* (T- técnica de enfermagem).

*Tem uma integração muito grande entre o que eu faço, quer dizer, tem coisas que eu faço porque eu gosto, mas tem coisas que eu faço porque eu acredito, quer dizer, é muito pouco funcional, o trabalho não é uma forma de ganhar dinheiro para subsistir fora do trabalho, ele permeia a vida. [...]Trabalhar como profissional de saúde te obriga de alguma maneira a integrar um pouco a tua formação pessoal com a tua formação profissional* (F- médico de família).

*Ah, é tudo, é um Deus prá mim. É tudo, porque eu amo o que eu faço, eu tive sorte* (A- auxiliar de enfermagem).

À luz do conceito de identidade como fenômeno social, segundo Ciampa,

o conhecimento de si é dado pelo reconhecimento recíproco dos indivíduos identificados através de um determinado grupo social que existe objetivamente, com sua história, suas tradições, suas normas, seus interesses, etc. [...] um grupo existe objetivamente: através das relações que estabelecem seus membros entre si e com o meio onde vivem, isto é, pela sua prática, pelo seu agir - num sentido amplo, pelo seu trabalho (1984, p. 64),

Observou-se uma profunda identificação desses sujeitos com suas atividades de trabalho, fazendo parte deste processo identificatório suas respectivas trajetórias profissionais, bem como suas diversificadas qualificações integradas às suas experiências de vida. A maioria teve sua trajetória profissional relacionada à área da saúde desde o início da carreira, embora nem todos a tenham iniciado na atenção básica, conforme apresentado no Quadro 2 a seguir na página seguinte.

Diversos sujeitos tiveram experiências de trabalho anteriores ou concomitantes na área privada, atuando em hospitais, clínicas de atendimento ambulatorial ou consultório particular, como referem T e F em seus relatos:

*Trabalhei 6 anos em vários hospitais antes, maternidade, trabalhei em clínica médica, pediatria, as especialidades* (T- técnica de enfermagem).

*Passei 6 meses em empregos provisórios, plantões, em cooperativas; e depois fiz um concurso prá clínico, e aí trabalhei como clínico de UBS trabalhando 30 horas, trabalhei mais ou menos 2 a 3 anos* (F- médico de família).

A respeito da experiência anterior de profissionais que hoje atuam na atenção básica e no PSF, existe uma tendência, corroborada por autores como Spagnuolo e Guerrini (2005), no sentido de apontar que grande parte inicia sua carreira em instituições e/ou em níveis de atenção nas quais o modelo tradicional de saúde é predominante, como hospitais e ambulatorios.

C	promoção de vendas	2000* CS1	CS2
F	residência em ME/ plantões/ cooperativas/ clínico de UBS	2007* CS1/PA	CS2 NASF
E	serviços domésticos	1992* CS1	CS2
D	dentista PM Canelinha	1992* CS1/consultório	CS2
T	HG/clínica médica/ maternidade	1992* CS1/ HG	CS2/HG CS3 CS4 CS5 CS6
R	empresário seguros/bancos; voluntário em HG	2008* CS1	CS2
A	1979* CS1 CS2 PMF/Adm	CS3 CS4 CS5 CS6 CS7	CS4
O	lavoura e serviços domésticos 1981* CS1		CS1
M	1983* CS1 CS2 CS3 CS4 CS5 CS6 CS7 CS8 CS9 CS10		CS6
P		2008 clínica privada	2010* NASF

Quadro 2 – Trajetória profissional dos sujeitos

Observações: \* ano de entrada na PMF

As designações CS1, CS2, CS3, etc indicam as sucessivas unidades nas quais o profissional trabalhou em sua trajetória na PMF.

No relato seguinte, T compara o seu trabalho em dois níveis de atenção diferentes no início de sua carreira, deixando transparecer uma valoração superior ao aprendizado que obtinha em termos tecnológicos a partir de sua experiência em hospital geral, se comparada ao trabalho na atenção básica à saúde:

*... tu regride um pouco né, porque tu faz o básico no posto de saúde, e no hospital tu tá atualizada sempre que mudam os antibióticos, os de 3ª geração que se fala, que são os mais potentes... eu não sei mais agora os últimos (T- técnica de enfermagem).*

A atribuição de valores contida neste tipo de comparação pode expressar certa resistência em abrir mão do modelo tradicional de saúde, acarretando na prática dificuldades de adaptação ao modelo de atendimento no nível da atenção básica, especialmente se o profissional não tiver uma qualificação<sup>8</sup>, seja de formação acadêmica prévia ou capacitação posterior na qual tenha tido a chance de atualizar-se e inteirar-se quanto ao novo modelo de atenção preconizado pelas políticas públicas oficiais de saúde, especificamente, a partir das Leis que regem o SUS desde 1990 (BRASIL, 2000) e o PSF a partir de 1994 (BRASIL, 2006b). Essas dificuldades referem-se principalmente a uma visão de saúde trazida por profissionais de outros níveis de atenção, predominantemente centrada na hegemonia do modelo biomédico centrado no tratamento e na cura de doenças e não em sua prevenção e na promoção de saúde e atendimento de necessidades integrais dos indivíduos que buscam o atendimento nos centros de saúde.

No que diz respeito às formações dos profissionais, tanto acadêmicas quanto de capacitações posteriores, incluindo especializações, houve pouca associação de seus conteúdos com o trabalho realizado na atenção básica. Dos dez entrevistados, apenas três realizaram cursos, sejam introdutórios ou de especialização em saúde da família, conforme mostrou o Quadro 1. Este mesmo Quadro aponta que a formação acadêmica, embora seja bastante heterogênea entre si, em geral é compatível com os cargos que os sujeitos ocupam. Um deles apenas possui formação de nível superior em administração de empresas e ocupa um cargo de técnico administrativo, com exigência de nível médio.

*Eu tenho curso superior, então eu quero um cargo no nível superior, obviamente se eu passar em um concurso dentro da minha capacidade eu vou. [...] É, no fundo, eu acho que eu teria capacidade de ser coordenador, porque acho que a coordenadoria não pode ser, ah tem que ser médico, tem que ser da área médica, não é isso. Se eu sou formado em administração eu tenho capacidade de coordenar, eu sinto que tenho essa capacidade (R- técnico administrativo).*

---

<sup>8</sup> As qualificações podem ser organizadas em três grandes grupos: novos conhecimentos práticos e teóricos; capacidade de abstração, decisão e comunicação; e qualidades relativas à responsabilidade, atenção e interesse pelo trabalho (ALVES, 2007).



No caso específico de R, a narrativa explicita seu desejo de ter sua experiência e formação melhor aproveitadas pela instituição, bem como seu intuito de continuar prestando concursos públicos para cargos compatíveis com sua habilitação.

Com respeito às qualificações na forma de capacitações voltadas para o exercício das funções, observou-se nos relatos a diversidade de maneiras como se desenvolvem no cotidiano da instituição Saúde do município: encontram-se desde cursos de especialização realizados com recursos próprios dos sujeitos, como medicina de família, dentística, terapia cognitivo-comportamental, passando por cursos e treinamentos sobre assuntos específicos oferecidos pelo Município e/ou Estado, como introdução à medicina de família, auxiliar de enfermagem, informação e sistemas, socorrista do corpo de bombeiros, até atualização em vacinas e curativos, além de, capacitações para coordenadores de unidades para implantação de novos programas. Foram citados ainda no rol dessas iniciativas um estágio em pediatria oferecido pelo Ministério da Saúde e um curso de formação inicial para Agentes de saúde e de endemia oferecido em parceria com o Estado com duração de 4 meses, o qual vem sendo oferecido desde o início deste ano. Além de todas essas modalidades, encontraram-se também relatos de treinamentos inespecíficos, que acontecem de maneira espontânea, informal e por iniciativa dos próprios profissionais, quando iniciam o trabalho nos Postos de Saúde:

*Quando eu entrei no Posto de Saúde, a gente aprendeu assim: **uma colega ensinava prá outra...** (C- ACS).*

***Quando eu entrei aqui o Doutor me ensinou,** [...] me orientou sobre os materiais e eu já fui marcando tudo direitinho, fui fazendo tudo em pacotes, vou te mostrar como é que eu faço, porque não era assim antes (O – ACO).*

Estes relatos sugerem a ausência de um procedimento padrão previamente estabelecido no que diz respeito a treinamentos e capacitações para a função no momento em que os profissionais entram para trabalhar nas unidades. Não houve referência à existência e/ou exigência de treinamentos e/ou capacitações quando de sua entrada na PMF por parte dos profissionais entrevistados. Esta medida parece acontecer de modo mais casuístico do que propriamente por uma exigência prévia do Ministério da Saúde, a depender do órgão gestor municipal. Percebeu-se uma heterogeneidade no que diz respeito às qualificações para o trabalho na Atenção Básica e PSF, como se pode observar no Quadro 1. Alguns profissionais fazem o movimento no sentido de buscar capacitação, porém a iniciativa depende muito do próprio interesse e/ou da disponibilidade de tempo e financeira: dos cinco servidores de nível superior entrevistados, quatro buscaram capacitação por recursos próprios. Também não houve referência a incentivos financeiros ou ajuda de custo por parte da prefeitura nestes

casos, apenas a dispensa do dia de trabalho, a qual foi referida por D como uma grande vantagem obtida:

*Sou liberada uma vez por semana para especialização, segunda o dia todo, isso é bem legal, eu conseguir liberação. O secretário liberou porque é educação continuada, achei bem importante e bem legal que ele liberou, apesar de não ser promovido pela prefeitura é pela UFSC, a gente prestou concurso, é gratuita (D- dentista).*

Já a servidora C refere um curso de iniciação para ACS com duração de quatro meses, atualmente realizado em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde como uma espécie de prêmio, expressando em sua narrativa certo orgulho por fazer parte do evento, pois se encontra há 10 anos desenvolvendo essa função, período durante o qual foi oferecido apenas um treinamento ‘mais longo’ (sic).

*... esse curso da EFOS (Escola de Formação em Saúde) que é durante 4 meses... é uma capacitação, [...] no dia que foi apresentado teve um evento lá Secretaria do Estado de Administração, lá foi a aula inaugural que nós tivemos [...] foi um evento que estavam as autoridades, tal (C- ACS).*

Foram referidas como iniciativas oficiais tão somente capacitações para implantação de novos Programas assumidos pela Prefeitura, como tuberculose e dengue, como um procedimento regular da atual gestão, embora não sejam oferecidas para todas as categorias profissionais, conforme relato de E que também acumula a função de coordenadora do CS:

*... geralmente é mais para o nível superior, o nível médio reclama que fica de fora, não sei se é para não tirar o pessoal da unidade. Agora para assistência farmacêutica chamaram os técnicos, de tanto a gente pedir (E- enfermeira).*

Parece haver uma suposição generalizada de que os profissionais ao entrarem nas unidades têm condições de ir aprendendo na prática com quem já está na ativa há mais tempo, o qual, por sua vez, também aprendeu com alguém anteriormente ou através da própria experiência. T explicita essa prática quando relata sua vivência de ter iniciado sozinha no setor de enfermagem por ocasião da inauguração de um CS, há 18 anos:

*Eu cheguei sozinha no Posto, não tinha ninguém comigo, era pequenininho perto da escola (não é o atual). Cheguei sozinha, não tinha ninguém lá para dizer, vai fazer isso, vai fazer aquilo, entrei lá e me deixaram sozinha, depois veio médico, mas eu fiquei uns 15 dias sozinha na enfermagem. [...] na época tinha uma enfermeira supervisora que passava uma vez por mês em cada unidade, imagina tu chegar lá assim. Ai eu tive que aprender a lavar o material do dentista sozinha, porque você fazia de tudo (T- técnica de enfermagem).*

Sobre essa questão das necessidades de capacitação para o trabalho via iniciativas institucionais, Fernandes et al (2006, p. 558) afirmam haver uma crença generalizada de que “treinamento é algo benéfico e necessário, não constituindo custos, mas investimentos organizacionais” e talvez por isso as ações de treinamento quase sempre não costumam ser acompanhadas de processos de levantamento de necessidades e de avaliação de impactos. É

comum nas organizações, segundo esses autores, a inexistência de um sistema articulado de ações de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E) que considere todas as etapas necessárias. Segundo Borges-Andrade (2006, p. 343-358), um sistema de TD&E deveria ser integrado de três subsistemas que se complementam de acordo com o contexto organizacional: a avaliação de necessidades, o planejamento e sua execução e a avaliação do processo. Este sistema consistiria, portanto, em uma condição ideal, considerando as organizações que tenham autonomia para a implantação de um processo amplo de treinamento, desenvolvimento e educação, utilizando a terminologia do autor. Já no campo em que se desenvolveu o presente estudo, segundo publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (BRASIL, 2009) que avalia a implantação do SUS ao longo dos últimos vinte anos, verifica-se que a estruturação da gestão de recursos humanos nas Secretarias tanto Estaduais quanto Municipais possuem uma autonomia relativa e subordinam-se setorialmente às Secretarias de Administração, o que lhes confere certa limitação em seu papel decisório. A este respeito, a Lei 8090/90, em seu artigo 27, afirma que

a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento de seus objetivos de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 2009, p. 98).

Para a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS - NOB/RH-SUS (BRASIL, 2009), instrumento originário do Conselho Nacional de Saúde e consolidado pela 11ª Conferência Nacional de Saúde, o setor requer a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde como para a saúde coletiva. Para a NOB/RH-SUS, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação dos profissionais, e a formulação de políticas está relacionada com as propostas de formação de novos perfis profissionais (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

A formação de novos perfis profissionais, por sua vez, remete à discussão sobre ‘por quem e onde essa formação deve se dar’ para ser mais efetiva no atendimento ao objetivo de melhorar a qualidade da saúde prestada no SUS (grifos da pesquisadora). Conforme os dados deste estudo mostraram, não há clareza sobre essa autoria. Enquanto espaços de qualificação, Bianchetti (2001) cita estudos de Lúcia Bruno (1996) que excluem a esfera do trabalho como primordial na produção de qualificação, como o são a família, as instituições especializadas, sendo a escola a principal, além do meio social urbano. “Com os cursos, treinamentos e reciclagens patrocinados pela esfera do trabalho, o máximo que pode ocorrer,

segundo a autora, é a potencialização de capacidades e aptidões adquiridas em outras esferas” (2001, p. 28).

Ceccim (2005, p. 161), ao discutir a questão da formação e capacitação profissional especificamente no âmbito da saúde, defende a necessidade de “assegurar à área da formação do profissional de saúde não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico às políticas de saúde” como uma maneira de retirar os trabalhadores da condição de “recursos” para o status de “atores sociais”. A introdução da Educação Permanente em Saúde<sup>9</sup>, segundo este autor, seria uma estratégia fundamental para o que denomina de “o quadrilátero da saúde”: a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Trata-se de um exemplo de investimento nos micro-processos onde os sujeitos estariam diretamente envolvidos como atores participantes e não apenas como executores de normativas, cujas atividades previstas se dão, na prática, muitas vezes desconectadas de uma visão do todo e das possibilidades de realizações concretas.

Segundo o CONASS (BRASIL, 2009) a Política Nacional de Educação Permanente (Peps) após longa negociação entre os gestores do sistema, foi reformulada e adequada às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde pela Portaria GM/MS n. 1996/2007, tendo sido implantada até setembro de 2008 em 19 estados nacionais. Algumas ações são citadas como parte dessa iniciativa em diversos níveis: na Graduação foram instituídos um programa nacional, o Pró - Saúde e o Programa de Educação Tutorial (PET- Saúde) visando promover e financiar mudanças na formação de diversos cursos por meio da integração ensino-serviço. Na Pós-Graduação destaca-se a criação da residência multiprofissional em saúde, estendida para outras profissões, além da medicina; além disso, a especialização em serviço e a residência em medicina de família e comunitária voltadas para a formação de profissional médico mais adequada às necessidades do sistema público de saúde. Na área técnica a qualificação ofereceu um avanço com o Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da Área de enfermagem (Profae), que qualifica técnicos de enfermagem, além do Programa de Formação Profissional na Área de Saúde (Profaps) cujo objetivo é qualificar trabalhadores, dentre os quais agentes comunitários de saúde e auxiliares de consultório

---

<sup>9</sup> A escolha pela designação Educação Permanente em Saúde e não apenas Educação Permanente se deu em função de que, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. Este estatuto se deveu à difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano (CECCIM, 2005, p. 161).

odontológico, além de técnicos de enfermagem, manutenção de equipamentos, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS ao longo dos próximos 8 anos (CONASS, 2009).

A referência às capacitações oferecidas pela esfera governamental, comparada ao proposto pelas Políticas de Educação Permanente (Peps) foi feita pelos sujeitos E, C e A (Quadro 1) como tendo sido oferecidas após sua inserção no quadro da PMF, respectivamente, para realizar os cursos de iniciação de saúde da família, de agente comunitário de saúde e de auxiliar de enfermagem. O curso de medicina de família e residência multiprofissional citados por F foram realizados anteriormente a sua entrada na PMF. Já a especialização que D está cursando atualmente é oferecida pela universidade, tendo sido opção e iniciativa sua cursá-la. Percebe-se então que dependendo do cargo o nível de exigência de qualificação se torna maior e mais específico para admissão na PMF para compor o quadro de trabalhadores da atenção básica e PSF.

No relato de E evidencia-se outro tipo de expressão de necessidade, não restrita somente à reciclagem técnica, mas que aparece mesclada com aspectos motivacionais relacionados ao trabalho no dia-dia:

*Quando a gente sai da unidade dá um alívio, né? O pessoal tá sempre aqui sempre a mesma coisa, todo dia.... prá mim é bom que eu sou coordenadora porque de vez em quando eu estou fora. Quando eu venho pra cá eu venho com mais vontade, eu tenho que me renovar (E-enfermeira).*

A saída da unidade de saúde para capacitações aparece na narrativa acima como uma maneira de atenuar a rotina diária de trabalho e, ao mesmo tempo, como uma forma de renovação da própria motivação para a continuidade do trabalho. Este dado vai ao encontro da contribuição de Borges-Andrade (2006), que coloca como indicadores de efeitos de TD&E em longo prazo, no nível individual, aspectos relativos ao afeto e à cognição entre outros, que incluem atitudes frente às pessoas, auto-eficácia, bem-estar mental, uso de informações verbais, solução de problemas, além de criatividade e motivação no trabalho.

Aspectos motivacionais gerados através do pensamento, para a psicologia sócio-histórica, estão intimamente ligados a desejos e necessidades, interesses e emoções, e, portanto, não podem estar desvinculados entre si, reforçando a tendência afetivo-volitiva por trás de cada um deles (AGUIAR, 2009).

As experiências que os sujeitos vivenciam e trazem consigo fazem parte de sua bagagem pessoal e profissional, tornando-se determinantes de sua visão acerca do trabalho na saúde, bem como das relações estabelecidas nele e para com ele, contribuindo para a

configuração dos seus sentidos. Ao relatar sua experiência anterior em hospitais, T reforça o aspecto dos recursos tecnológicos inovadores do trabalho nesse nível de atenção enquanto possibilidades de aprendizagem continuada, se comparadas ao trabalho na atenção básica, que define como mais rotineiro:

*A única coisa é que **no hospital é mais cansativo**, é o plantão de sábado, domingo, feriado, **mas lá é mais fácil para trabalhar**; porque assim, são pacientes muito diferentes, e **aqui são sempre os mesmos**, nós temos pacientes aqui que vêm todo dia e não têm necessidade de virem, mas todo dia vêm, e isso aí cansa. **No hospital é diferente, aqui é sempre a mesma rotina, não muda muito...** (T- técnica de enfermagem).*

Em outro momento de sua narrativa, porém, T pondera que no trabalho na atenção básica são necessárias outras habilidades, de uma dimensão que não a tecnológica e sim do campo das interrelações mediadas pela linguagem, mais especificamente no exercício da dialogicidade e subjetividade humanas. A esse respeito, T assim se manifesta:

*Nos dias que tem mais tempo às vezes **penso em sentar mais, conversar mais, ensinar**, é ensinar [...], é porque **não basta você chegar ver a pressão**, coloca no braço do paciente, sua pressão tá boa, ou tá alta, tchau e pronto, **senão a coisa se torna mecânica...** (T- técnica de enfermagem).*

Pereira e Barros (2008) afirmam essa natureza conversacional do trabalho em saúde, bem como reforçam a presença de uma experimentação conectiva/afetiva entre os diferentes sujeitos que participam do processo de produção de saúde.

Em outra passagem, a mesma trabalhadora refere-se sem se dar conta a uma certa imprevisibilidade do trabalho no CS, fugindo à rotina referida anteriormente, momento no qual a subjetividade do profissional evidencia-se frente à resolução de determinadas situações, a partir do diálogo e da concretude de suas ações:

*Outro dia chegaram dois rapazes pegar medicação com um menino bem gordinho e eu pensei. **'Eu preciso chegar nesse menino, preciso fazer a minha parte'** mas do outro lado eu não tive resposta. Eu disse pra ele você não me leve a mal, mas **tu não gostarias de participar, a gente tem um trabalho de reeducação alimentar, de hipertensão, diabético, tu estuda?** Ele disse: 'eu não estudo'. Os dois amigos deram força dizendo que fazia tempo que diziam pra ele, incentivaram. Eu disse: **a única coisa que eu preciso é do seu peso, sua idade, eu vou te pesar lá atrás, ninguém precisa ver.** Ele disse não (T- técnica de enfermagem).*

Observa-se portanto, certa contradição nos relatos de T quanto à definição do seu trabalho no CS como básico e rotineiro, por um lado, e imprevisível por outro, quanto às possibilidades de inserção profissional a partir de uma visão mais abrangente do que venha a ser o seu papel na atenção básica também como agente de promoção de ações em saúde, transcendendo deste modo uma função meramente técnica.

A visão de homem na concepção sócio-histórica, cuja identidade é cunhada socialmente, pressupõe uma incessante transformação pela ação. Tomado em seu sentido genérico, o homem, segundo Pino (1993, p. 51) “é o resultado da atividade de trabalho através

da qual, ao mesmo tempo em que transforma a natureza para atender as suas necessidades básicas, transforma-se a si mesmo, desenvolvendo funções especificamente humanas (funções mentais e habilidades técnicas)”. Acrescenta-se aqui a visão que Vygotski (1991) desenvolve a respeito da subjetividade humana com base em seus aspectos afetivo-volitivos, pressupondo que estes aspectos se encontram implícitos em todas as ações humanas, produzindo sentidos a estas através da linguagem como síntese do pensamento. A presença da subjetividade nos remete ao pressuposto de que as ações humanas relativas ao trabalho cotidiano estejam intimamente relacionadas às motivações e aos afetos, sendo determinadas e determinantes destes, permeando todas as relações e mediadas pela linguagem.

Retornando ao contexto no qual T e sua atividade de trabalho são confrontadas, duas dimensões fazem-se presentes: a subjetiva de um e a objetiva do outro, tornando esta relação única e singularmente real, o que a torna diferente de outra ação com o mesmo propósito realizada por qualquer outro profissional com a mesma formação em outra unidade de saúde, e consequentemente diferenciada também em sua atribuição de sentidos. A constatação de que sujeitos relacionam-se e atribuem sentidos às suas atividades de maneira singular é corroborada por Zanella (2004, p. 130) ao referir que “os sujeitos em relação atribuem sentidos diferentes àquilo que vivenciam”.

Quanto aos modos de encararem o trabalho e de lhes atribuir sentidos, não podia ser diferente, observando-se as motivações contidas nos relatos que se produzem tanto na ordem do ser humano em sua dimensão individual-particular...

*... de modo geral faz parte da minha vida, sempre trabalhei desde criança. Sempre achei que vim prá trabalhar, porque eu nunca ganhei nada de mão beijada. Então tem muito significado prá mim. Não sei nem pegar férias, porque fico assim me sentindo inútil, mas o que é que eu vou fazer. Se eu não tiver uma programação eu não sei nem pegar férias. Fico lá arrumando a casa, limpando. Então acho que tem muito o significado de formação mesmo, eu nasci prá isso. Fui criada, condicionada prá trabalhar (E - enfermeira PSF).*

*... é minha profissão né, minha sobrevivência, é minha profissão (M - pediatra).*

... como nas duas dimensões, a individual-particular atrelada à dimensão humano-genérica, indicando uma reflexão sobre a função social e ideológica do trabalho em si. Esta reflexão está presente nos relatos de D e P:

*... quando você entra na Prefeitura você quer um emprego né, salário fixo, todos os direitos, mas tem que ir além disso, senão você não fica, né. Então, além do exercício da minha profissão, que eu tenho que gostar dela, ela no serviço público, eu acho muito legal. Eu acho que tem tudo a ver, a saúde no serviço público, você oferecer isso para o povo, então prá mim é totalmente o que eu quero. Bem onde eu quero trabalhar e no que eu acredito (D - dentista).*

*O trabalho prá mim é fonte de renda e de realização pessoal, então são dois principais fatores, não adianta querer dizer e associar a lazer, às vezes prá alguém até pode ser, mas acho que é realização pessoal, ver que tu tá fazendo um trabalho bom, servindo à sociedade, ver que está conseguindo desempenhar bem o seu papel [ ] acho que aqui, o retorno prá população é maior,*

*é atendimento gratuito, todas as pessoas teoricamente têm acesso a ele, eu atendo as pessoas, tentando dar um atendimento de qualidade para um número maior de pessoas, até porque eu fiz uma universidade pública e é uma forma de devolver pra sociedade* (P - psicóloga)

Para Heller, “a vida cotidiana é a vida do indivíduo” sendo este “sempre, simultaneamente, ser particular e ser genérico” (1989, p. 20). A possibilidade de refletir sobre o próprio trabalho pode encontrar-se comprometida pela cotidianidade das ações, ocasião na qual os aspectos da ordem do individual-particular dos sujeitos podem estar desarticulados de sua porção humano-genérica. Sendo assim, o trabalho, como parte da estrutura da vida cotidiana, pode constituir-se em um terreno fértil para a alienação. Com o fim das comunidades naturais e o advento das comunidades sociais, segundo Heller (1989, p. 23), “aumentam as possibilidades que tem a particularidade de submeter a si o humano-genérico e de colocar as necessidades e interesses da integração social em questão a serviço dos afetos, dos desejos, do egoísmo do indivíduo”. A possibilidade de uma vitória espontânea da particularidade sobre o humano-genérico trouxe a questão ética como uma necessidade da comunidade social. Esta ética, chamada de moral, é individual e tida como motivação para a atitude livremente adotada pelos indivíduos perante a sociedade e os homens.

Nesse sentido, com relação ao fato de este trabalho desenvolver-se no setor público, resgata-se o que Chanlat (2002) aponta sobre a necessidade das ações públicas estarem direcionadas a uma ética do bem comum, na qual o funcionário público deveria deixar de lado suas posições pessoais. Aspectos do ser-humano particular devem integrar-se, nesse caso, a aspectos do ser-humano genérico, de modo a contemplar essa ética.

Retomando o conteúdo das narrativas que trazem respostas à atribuição de sentidos ao trabalho de um modo mais amplo, observou-se que os sujeitos E, M, D e P circularam de modos bastante singulares entre suas porções particulares e genéricas, utilizando a terminologia desenvolvida por Heller (1989). A própria entrevista parece ter lhes proporcionado uma possibilidade concreta de reflexão acerca destes sentidos, trazendo como resultados os diferentes sentidos assumidos pelo trabalho em suas vidas, envolvendo questões relativas a: formação pessoal, criação familiar, condicionamento pessoal, profissão, sobrevivência, emprego, fonte de renda, realização pessoal, acreditar no serviço público e possibilidade de devolução do investimento na formação à sociedade.

Observou-se ainda através da narrativa de P, a mais jovem de todos os sujeitos, com menos tempo de trabalho e com contrato temporário na PMF, não haver diferenças quanto ao envolvimento e à importância social atribuída ao seu trabalho na atenção básica se comparada a outros profissionais com vínculo efetivo/estatutário com a PMF. A diferença



com relação a outros relatos foi de explicitação do trabalho também como fonte de renda, semelhante ao referido por M sobre o trabalho como forma de sobrevivência e D no que diz respeito à certeza do salário no final do mês, se comparado ao trabalho como profissional liberal em consultório.

**A análise das narrativas sintetizadas neste primeiro núcleo de significação esteve focalizada em mostrar quem são os sujeitos que trabalham na atenção básica, incluindo suas trajetórias profissionais e o que pensam sobre o trabalho que realizam. Essas narrativas demonstraram um grande envolvimento desses trabalhadores com suas práticas, o que as tornam indissociáveis e centrais em suas vidas.** Quanto à formação acadêmica para os cargos ocupados, são na maioria das vezes compatíveis no que diz respeito ao grau de escolarização exigido, porém o investimento em qualificação para as funções desenvolvidas acaba ficando muito por conta do profissional individualmente, o que é corroborado pela literatura. Segundo Jacques (QUANDO O TRABALHO ADOECE, 2007), há uma pressão por qualificação que vem sendo transferida individualmente para as pessoas, relacionada ao conceito de empregabilidade. Antunes (1999, p. 58), sobre essa mesma questão, afirma que “a exigência (ideológica) da qualificação é feita”, independente desta qualificação representar alguma garantia de emprego, pois o excedente de mão de obra esperando por trabalho é geralmente alto.

No que diz respeito às capacitações formais como cursos de especialização e de atualização, aquelas oferecidas pelo órgão gestor são referidas como iniciativas não padronizadas, causando uma impressão de aleatoriedade e de sujeição a interferências de ordem política que geram um redirecionamento nos projetos a cada mudança de gestão. Capacitações mais longas em nível de especialização são realizadas geralmente pelos profissionais de nível superior e com recursos próprios, sendo que os profissionais de nível médio ficam sujeitos à oferta deste tipo de qualificação por parte do órgão gestor, em uma postura de certa forma passiva a espera de recursos e iniciativas alheias. Apesar de já existirem programas oficiais de educação permanente voltados para a formação em saúde, observa-se que nos quadros da PMF/SMS muitos profissionais ainda não possuem capacitação prévia para a função que vão desenvolver na atenção básica, o que pode gerar certo conflito de intenções no que diz respeito à compreensão dos objetivos e do modo de organização dos serviços nas unidades de saúde nesse nível de atenção, por mais compromisso com o trabalho que os profissionais possam demonstrar.

#### **4.2 Sentidos, concepções e sentimentos em relação ao trabalho: emoção e intensidade afetiva, criatividade, saberes tácitos e estratégias defensivas no combate às dissonâncias no cotidiano**

Indagados acerca de suas concepções e sentimentos em relação ao seu trabalho, bem como aos aspectos positivos e negativos contidos em seu processo, os sujeitos revelaram em suas narrativas diversos temas que, pela sua singularidade, geraram dificuldades para agregarem-se em um único núcleo de significação que pudesse ser representativo como um todo. A reflexão sobre este impasse metodológico conduziu à percepção do quanto esta dificuldade era coerente com a singularidade do contexto e dos sujeitos em estudo.

A descrição feita por Merhy et al (2006) do que seja um centro de saúde proporciona uma reflexão que alivia este impasse ao tentar elencar os temas para este núcleo de significação em questão:

Vamos supor, agora, que a descrição sobre o que seria o centro de saúde procure mostrar que ele não é bem um organismo, mas sim uma certa 'arena', onde operam distintos agentes institucionais com perspectivas de ações nem sempre comuns, todavia não necessariamente contraditórias também, mas, simplesmente, uma arena (MERHY et al, 2006, p. 114, grifo do autor).

Nessa arena, segundo este autor, o sentido global da missão desses agentes estaria envolvido em uma trama na qual haveria, nem sempre de modo evidente, uma imbricação de seus territórios privados de ação e o processo mais público, constituído pela presença coletiva dos agentes, suas intervenções e interações em um cotidiano institucional permeado por narrativas individuais e também pelos discursos provenientes das políticas públicas de saúde. O cotidiano institucional

não é, de modo exclusivo, nem de um lado o aparente/falso e o funcional, em que opera o mundo harmônico das identidades e papéis; nem do outro o lugar só do dissonante, mas sim uma dobra expressiva da simultaneidade destes mundos [...] é o lugar onde há permanentemente as mútuas invasões dos dois mundos entre si [...] onde se produzem os 'estranhamentos', os 'ruídos', as 'falhas' (MERHY et al, 2006, p. 116-117, grifos do autor).

Partindo da visão de cotidiano institucional como uma arena na qual os profissionais de saúde atuam e interagem, circulando entre o espaço privado e público de suas ações, estabeleceu-se o presente núcleo de significação elencado basicamente a partir das questões relacionadas aos sentimentos que o trabalho mobiliza nos profissionais, no modo como o concebem e o desenvolvem. As concepções explicitadas ao falarem de seus processos de trabalho trouxeram de modo particularizado as motivações, a criatividade e os saberes

envolvidos no cotidiano profissional, além das estratégias utilizadas no combate às dissonâncias no cotidiano de trabalho.

Heller (1989) nos traz a idéia de que a particularidade orienta-se sempre para o indivíduo, assim como também a porção genérica está presente em todo homem, mais precisamente nas atividades que tenham caráter genérico. O trabalho, visto como uma dessas atividades possui um caráter genérico na sua efetivação, porém é imbuído também de motivações particulares. Sentimentos e paixões, do mesmo modo, são considerados humano-genéricos, pois “sua existência e seu conteúdo podem ser úteis para expressar e transmitir a substância humana” (1989, p. 21). Desse modo, o particular não seria nem o sentimento nem a paixão, mas seu modo de se manifestar a serviço da satisfação das necessidades humanas e da teleologia do indivíduo.

As narrativas de C e F expressam emoções e intensidade afetiva contidas em certas experiências de trabalho. Esses sentimentos emergiram como elementos marcantes na trajetória profissional dos sujeitos pesquisados, participando da composição dos sentidos atribuídos a esse trabalho:

*... é um sentido assim de, é muito amplo assim ...por que quando a gente trata com pessoas, com vida, com seres humanos, a gente se emociona com aquilo que aquela pessoa está te passando, e só pelo fato da pessoa confiar em você, dizer determinadas coisas ... (C - ACS).*

*Eu saí da faculdade que era um ambiente totalmente protegido dentro de um hospital universitário que eu não gostava e fui para o Morro ser responsável por uma população numa favela em ..., e isso foi muito intenso afetivamente... a entrada no morro foi muito importante como experiência formativa pessoal [...] já me senti muito vaidoso com o meu trabalho assim, o trabalho assim em alguns momentos para mim era uma forma quase que de me alimentar afetivamente (F - médico de família).*

As referências às emoções e aos afetos vêm ao encontro de uma necessidade humana de atribuir sentidos às suas ações por meio do pensamento, estando intrinsecamente ligados a este através do uso da linguagem como forma de mediação, conforme mencionado por autores da psicologia sócio-histórica (VYGOTSKI, 1991; PINO, 1993; FREITAS, 2007; ZANELLA, 2007).

A emoção deve ser vista, segundo Aguiar (2009), como um elemento constitutivo da consciência, sendo, ao lado da linguagem e do pensamento, uma dimensão fundamental desta. Em suas palavras,

o pensamento será concebido como pensamento emocionado, a linguagem será sempre emocionada, ou seja, terá como elemento constitutivo a dimensão emocional, expressando uma avaliação do sujeito, ou seja, o sentido subjetivo que determinado fato ou evento tiveram para ele (AGUIAR, 2009, p. 106).

Uma não-dicotomização entre pensamento e emoção é defendida pelos autores acima, e baseados em Vygotski, afirmam ser o pensamento propriamente dito gerado pela

motivação, isto é, por nossos desejos e necessidades, nossos interesses e emoções. Na narrativa de C aspectos referidos como o emocionar-se com as falas e histórias pessoais dos usuários são representantes das mobilizações afetivas presentes no cotidiano de suas atividades de trabalho e objetivam-se a partir do pensamento e de sua linguagem emocionada. O mesmo ocorre quando F refere-se ao trabalho como alimento para o afeto e a intensidade afetiva proveniente deste. Nas duas narrativas encontram-se implícitas relações intersubjetivas com os usuários dos serviços de saúde nas quais aspectos como confiança, vínculo afetivo e compromisso social com o trabalho se fazem presentes. A responsabilidade pelo outro na narrativa de F aparece como um fator passível de mobilizar inclusive um sentimento de vaidade que foi capaz de alimentá-lo afetivamente em algum momento de sua trajetória.

Essas reflexões indicam que a dimensão objetiva do trabalho em saúde convive lado a lado com uma dimensão subjetiva, expressa das mais variadas formas e de modo indissociável, produzindo diferentes sentidos a partir do modo como os sujeitos compreendem e realizam o seu trabalho. O processo de produção de sentidos, segundo Aguiar, contém elementos que se contradizem, podendo assim gerar “sentidos subjetivos contraditórios, que incluem emoções e afetos como prazer e desprazer, gostar e não gostar...” (2009, p.105).

Para Vygotski (1998, p. 263) “todas as nossas emoções têm uma expressão não só do corpo, mas também da psique [...]; noutros termos, todo sentimento ‘se plasma e se fixa em alguma idéia, como melhor se verifica no delírio persecutório’ [...]; logo, a emoção precisa de certa expressão por meio de nossa fantasia”. Sobre o pensamento e os sentimentos, este mesmo autor afirma: “A forma de pensar que, junto com o sistema de conceitos, nos tem sido imposta pelo meio que nos rodeia, inclui também nossos sentimentos” (1991, p.86), acrescentando que a forma de nomeá-los faz com que variem de acordo com a relação que guardam com nossos pensamentos.

Nas narrativas relativas ao modo como os sujeitos se sentem realizando seu trabalho observa-se o esboço de uma contradição de sentimentos presentes, os quais tendem a ser elaborados de modo pragmático, com o uso da razão, de modo a não comprometer a realização cotidiana do trabalho, como expressam as falas em destaque:

*... então é uma coisa que você se sente assim: ‘pô, eu sou importante prá essa pessoa, essa família’ enfim..., assim como eu não sou importante em determinadas famílias eu sou importante em muitas outras [ ] eu não vou falar que não tem o lado do desgaste... mas ele é muito importante, nada como um dia após o outro, prá você recuperar as suas energias e voltar prá fazer o que você tem que fazer e terminar aquilo que tá proposta a fazer (C - ACS).*

*... é claro que às vezes tem todo aquele lado, você fica saturada, porque trabalhar no serviço público não é fácil. Às vezes a gente fica em pouca gente, [...] então tem que se virar, se fica alguém doente você vai e fica sozinha, então ele meio que te estressa porque as pessoas cobram muito (T- técnica de enfermagem).*

Nos relatos de C e T, além das contradições de sentimentos presentes e do modo como as procuram resolver, pôde-se perceber a expressão de certo modo de se comprometer com o próprio trabalho e administrar as dificuldades inerentes à sua realização. Esse *modo de ser* (grifo da pesquisadora), entendido como as características que fazem parte das qualificações necessárias ao trabalhador contemporâneo de um modo geral e especificamente a partir das descrições dos processos de trabalho (BRASIL, 2006b) previstos e esperados na atenção básica à saúde, é reforçado ideologicamente, conforme apontam Codo et al, ao afirmarem que:

O trabalhador ideal, hoje, é o avesso do trabalhador ideal do Taylor-fordismo. Antes, era preciso que os braços funcionassem quase que desligados do cérebro, da subjetividade. Hoje, cada movimento precisa recuperar os seus nexos. [...] Ao final do século, a relação se inverte e a força física fica por conta da tecnologia; a demanda é pela participação, capacidade de controle sobre o processo de trabalho, comprometimento, envolvimento, formação de equipe, cooperação (CODO et al, 1996, p. 33-34).

O profissional de saúde não foge à lógica da proposição acima, pelo que mostram os relatos de C e T. Ao referirem-se ao modo particularizado como enfrentam as vicissitudes de suas atividades de trabalho, enfatizam aspectos relativos ao envolvimento e comprometimento necessários e à necessidade da cooperação entre os pares de trabalho, apesar das contradições de sentimentos presentes frente ao desgaste vivido nas relações cotidianas de trabalho.

Ainda com relação ao modo como os sujeitos se sentem e se relacionam com o seu trabalho, observa-se como A enxerga a especificidade de suas atividades, especialmente no que diz respeito à atuação junto à comunidade, misturando elementos de ordem afetiva, como *amor* e também volitiva, quando se refere a *boa vontade* necessária, atribuindo a necessidade da presença desses elementos à pessoa que desenvolve o trabalho:

*... tem que ter amor, prá chegar onde se quer chegar tem que ter amor, subir no topo do morro, ontem atendi uma pessoa de 91 anos... tem que ter amor. Se a pessoa tem egoísmo não chega a lugar nenhum, a pessoa prá chegar nas 'alturas' tem que ter amor. E esse trabalho de saúde comunitária tem que ter muito amor, muita boa vontade, o dinheiro é o que menos deve ser pensado nesse momento, entendeu? (A - auxiliar de enfermagem).*

Este fragmento de discurso permite retomar a expressão “micropolítica do trabalho vivo em ato” cunhada por Gonçalves (2004, apud MERHY e FRANCO, 2008, p. 350), como elemento presente no espaço onde se produz a saúde, apontando para as diferentes formas que o trabalho pode assumir, a depender da pessoa que o realiza. Na idéia de micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois, se aberto à presença do trabalho vivo, encontra-se inevitavelmente *atravessado* pelas distintas lógicas que

este trabalho seja capaz de comportar, entre elas “uma criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser *explorada* para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas” (MERHY, 2006, p. 100, grifos do autor). Os trabalhadores de saúde, sob essa perspectiva, podem fazer de suas liberdades micropolíticas, entre outras possibilidades, também “formas de ação ético-político direcionadas” (MERHY e FRANCO, 2008, p. 350).

A idéia de liberdade e autonomia de ação aliada a certa criatividade aparece no relato de A quando este se refere à sua tentativa de realizar mudanças nas unidades pelas quais passou:

*... com certeza eu não nasci prá ficar parado, no CS... eu entrei prá ficar 5 anos, fiquei 13. Lá eu tinha uma liderança boa, mudei muita coisa lá dentro, eu mais a equipe né. Era esse esgoto que caía na frente do posto né, então a gente tinha que.... antes a gente era treinado prá ser da saúde pública, treinado prá conduzir a comunidade, o posto fazer parte da comunidade, a comunidade fazer parte do posto, era uma coisa só (A- auxiliar de enfermagem).*

Ao mesmo tempo que A fala de si mesmo, isto é, de sua particularidade, fica implícita em sua narrativa uma tentativa de resgatar a idéia de genericidade humana, ao procurar integrar suas ações concretas ao âmbito da comunidade na qual o CS encontra-se inserido, sugerindo inclusive certa nostalgia ao referir-se ao modo antigo de funcionar a integração entre posto e comunidade. Ao lembrar o que Heller (1987) refere sobre o fato da genericidade humana/ humanidade realizar-se em uma forma concreta, Sawaia (1996) afirma serem as relações face a face e o espaço geográfico sua base cotidiana de realização. Esta autora utiliza-se ainda de uma síntese realizada por Nisbet (1974, p. 48), que transmite as idéias centrais necessárias para a compreensão de comunidade na perspectiva adotada na análise do fragmento do discurso de A. Segundo essa síntese,

comunidade abrange todas as formas de relacionamento caracterizado por um grau elevado de intimidade pessoal, profundidade emocional, engajamento moral [...] e continuado no tempo. Ela encontra seu fundamento no homem visto em sua totalidade e não neste ou naquele papel que possa desempenhar na ordem social. Sua força psicológica deriva duma motivação profunda e realiza-se na fusão das vontades individuais, o que seria impossível numa união que se fundasse na mera conveniência ou em elementos de racionalidade. A comunidade é a fusão do sentimento e do pensamento, da tradição e da ligação intencional, da participação e da volição (SAWAIA, 1996, p. 50).

Apesar de A referir-se em seu relato a uma ligação inequívoca entre o seu trabalho e a comunidade no qual este se insere, expressando um profundo vínculo e conhecimento das necessidades da população, lê-se em sua narrativa uma intenção e uma tendência a realizar mudanças de unidade de trabalho de tempos em tempos, como se pode visualizar na ilustração de sua trajetória profissional no Quadro 2.

Os dados deste Quadro mostram que outros sujeitos também referiram grande frequência de mudanças de local de trabalho a seus próprios pedidos, indicando que a rotatividade de uma unidade de saúde para outra faz parte da trajetória dos profissionais que trabalham nos centros de saúde da PMF. Essas mudanças nas trajetórias chamam a atenção pela frequência com que acontecem e vêm suscitar uma atenção especial nesta análise: pode-se supor que, por mais envolvimento e compromisso com o trabalho que o profissional manifeste em suas falas, a rotatividade seja inevitável, como uma maneira de manter-se no emprego de uma maneira minimamente saudável, a considerar que a própria intensidade afetiva relatada como presente neste tipo de trabalho possa significar, com o passar do tempo, razão de desgaste para a saúde física e emocional dos envolvidos. Os motivos alegados para essas mudanças nem sempre foram explicitados, mas, no geral, consistem em pedidos para sair da unidade por razões diversas. No caso de R, essa mudança esteve relacionada em particular à falta de concordância quanto ao modo do trabalho ser organizado.

*Eu pedi a transferência porque **cheguei um ponto que eu não me adaptei mais, porque vi que não adianta brigar, me desgastar, a gente falava as coisas e não andava**" (R - técnico administrativo).*

No caso de M, dificuldades de ordem interpessoal provocaram a rotatividade:

*Eu sai com depressão, foi a primeira vez que aconteceu, **no início eu me relacionei bem e depois não, foi relacionamento pessoal mesmo e com a comunidade também**, [...] foi a unidade mais difícil, a comunidade não quer saber dos seus deveres, só os seus direitos, mas o resto eu nunca tive problema, mas dessa unidade eu pedi pra sair (M - pediatra).*

No caso de T essa iniciativa derivou de dificuldades de ordem interpessoal especificamente com a chefia imediata:

*Eu disse que **estava sofrendo assédio moral, mas ninguém quis fazer nada** porque estavam de contrato e ficaram com medo de mandar embora. Aí eu vim pra cá [...]. Foi uma fase, até hoje eu tomo fluoxetina (T- técnica de enfermagem).*

As narrativas acima, apesar da particularidade dos motivos alegados para os pedidos de saída, apontam referência a um sofrimento psíquico mais ou menos explícito, decorrente das relações intersubjetivas presentes no trabalho. A intersubjetividade acaba por ser um fator de fundamental importância ao se considerar em especial a natureza relacional do trabalho na saúde, conforme já explorado teoricamente neste estudo (PEREIRA e BARROS, 2008; MERHY e FRANCO, 2008; GONÇALVES, 2004).

Um cenário de adoecimento coletivo aponta 160 milhões de pessoas que sofrem de males associados ao trabalho, segundo estudos da Organização Internacional do Trabalho – OIT (QUANDO O TRABALHO..., 2007). Pesquisa nacional realizada por Anadergh Barbosa Branco (UNB), entre os anos de 2000 a 2004 com base nos benefícios do INSS, verificou que

48,8% das pessoas que se afastaram do trabalho por mais de 15 dias apresentavam distúrbios mentais, sendo a depressão a doença que mais afetou os trabalhadores. A necessidade de cumprir metas, um dos fatores apontados por especialistas na contribuição do adoecimento coletivo nos ambientes de trabalho, é proveniente de transformações introduzidas nos processos de trabalho, gerando maior competitividade, ansiedade e, consequentemente, mais sofrimento psíquico (QUANDO O TRABALHO ADOECE, 2007).

Embora o trabalho na saúde seja visto e definido pela sua natureza conversacional e relacional, não se pode deixar de contextualizá-lo em uma sociedade capitalista na qual, segundo Antunes (2007, p. 128) “mesmo no trabalho dotado de maior significado intelectual, imaterial, o exercício da atividade subjetiva está constrangido em última instância pela lógica da forma/mercadoria e sua realização”. Esta afirmação remete a certas contradições, identificadas no discurso sobre o trabalho dos profissionais da atenção básica à saúde, os quais, ao serem convocados a atender as necessidades integrais de uma população da qual ironicamente também fazem parte, estão sujeitos a uma exigência de atributos profissionais nem sempre explícitos, que por vezes, se transformam em auto-exigência, sugerindo façanhas e até mesmo atitudes heróicas que transcendem às atribuições do cargo.

*Alguém disse que tava pegando fogo numa casa e eu fui olhar da porta e vi que tava, numa casa que morava 3 crianças, uma mãe sozinha sem o pai, eu peguei o extintor do posto e fui lá e apaguei o fogo, fiquei conhecido como bombeiro. Foi uma coisa marcante (A - auxiliar de enfermagem).*

Autores que abordam o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho sugerem a existência de fatores que nem sempre aparecem imediatamente como prejudiciais à saúde do sujeito e sim, que vão minando-a lentamente ao longo de anos. Um desses fatores seria o estresse no trabalho, definido por Tamayo et al (2004, p. 79) “como o grau em que as experiências laborais desviam-se do funcionamento sadio e produtivo”. Estes autores salientam a diferença entre um estresse sadio ou *eu-estresse*, relacionado aos desafios da vida e do trabalho, e o estresse negativo, caracterizado pela intensidade, frequência, duração da exposição e falta de controle sobre a situação estressante. O que desencadeia em determinado sujeito a ocorrência do estresse, segundo Lazarus & Folkman (1984, apud BENEVIDES-PEREIRA, 2002) é a falta de disponibilidade de recursos para o enfrentamento de demandas, isto é, a avaliação por parte do trabalhador de sua incapacidade de lidar, seja no plano físico, emocional ou social, com as exigências laborais e as condições organizacionais presentes.

Segundo Mendes e Cruz (2004), outros transtornos relacionados ao estresse, como é o caso das depressões, transtornos de ansiedade, fobias, distúrbios psicossomáticos e



*burnout*<sup>10</sup>, encontram-se relacionados ao desgaste físico e emocional ao quais os indivíduos estão submetidos em seu ambiente de trabalho e à forma como exercem suas atividades. Em pesquisa nacional coordenada por Margarida Barreto (PUC-SP) entre 2000 a 2005, de 42 mil funcionários de empresas públicas e privadas entrevistados, 42% alegaram sofrer humilhações ou constrangimentos frequentes no trabalho, sendo que destes, 60% entraram em depressão (O LADO PERVERSO ..., 2007). Sabe-se pela literatura (MENDES e CRUZ, 2004) que síndromes como *burnout* e depressões podem ser desencadeadas por vivências constantes e intensas de mal-estar no trabalho, relacionadas ao estresse, ao esgotamento profissional e à falta de prazer e satisfação laborais. No modelo psicodinâmico, segundo Mendes (2004, p. 66), o prazer e o sofrimento no trabalho seriam indicadores de saúde no trabalho, com a coexistência de três dimensões interligadas relacionadas à subjetividade do trabalhador, à organização do trabalho e às relações na coletividade de trabalhadores.

Outros modelos explicativos são citados pela literatura, segundo Benevides-Pereira (2002), para tentar dar conta da relação sofrimento e trabalho, especialmente da síndrome de *burnout*, entre eles, **a concepção clínica** que a define como um estado, isto é, um conjunto específico de sintomas como fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho, sentimento de impotência e baixa auto-estima; **a concepção sócio-psicológica** que considera como coadjuvantes dos aspectos individuais os fatores sócio-ambientais de condições e relações de trabalho; **a concepção organizacional** que vê a síndrome como um desajuste entre as necessidades do trabalhador e os interesses da instituição; e por último, **a vertente sócio-histórica** que prioriza o papel da sociedade, cada vez mais individualista e competitiva, ultrapassando os fatores pessoais ou institucionais como desencadeantes do problema. Na perspectiva sócio-histórica, segundo Benevides-Pereira (2002, p. 37), “as ocupações voltadas para a ajuda e o desenvolvimento do próximo, que se aproximam de uma perspectiva comunitária, são incompatíveis com os valores da sociedade atual”. Esta incompatibilidade entre missões e perspectivas de um lado e valores de outro, acarretaria nos trabalhadores de saúde uma sensação de impotência diante de forças e tensões maiores do que sua própria singularidade poderia dar conta.

O relato de F sobre o modo como se sente realizando o seu trabalho sugere a tensão referida de uma forma clara, exigindo deste uma reflexão acerca do seu grau de

---

<sup>10</sup> A síndrome de *burnout* é caracterizada por três fatores – exaustão emocional, despersonalização e baixo envolvimento pessoal no trabalho; vem sendo chamada por especialistas de síndrome da desistência, não sendo, porém, considerada como um problema do indivíduo e sim do lugar onde ele trabalha (MENDES e CRUZ, 2004).

envolvimento com as atividades realizadas, de forma a manter certo equilíbrio diante das contradições percebidas, as quais fazem parte do próprio sistema.

*Eu me sinto muitas vezes bem, quer dizer adequado assim: eu sei fazer isso, essa linguagem é familiar prá mim, eu consigo estabelecer relações com as pessoas que são boas para nós dois, e muitas vezes como uma peça num sistema sobre o qual eu não tenho controle. Essas são as duas dimensões que estão o tempo todo em tensão (F- médico de família).*

É sabido que uma maior incidência de doenças ocupacionais se dá entre profissionais que desempenham atividades assistenciais, caracterizadas por alto investimento nas relações interpessoais, cuidado e dedicação. Os índices de *burnout* e estresse encontram-se frequentemente entre os mais altos em profissionais da saúde e assistência social, sendo considerados como população de risco (MENDES e CRUZ, 2004). Resultados comparativos de pesquisas nacionais entre profissionais da área da saúde e assistencial, entre eles médicos, enfermeiros e estudantes de medicina constatou que os estudantes de medicina, especialmente do 4º ano, apresentaram a maior média na dimensão de exaustão emocional, seguidos pelo grupo da enfermagem e dos médicos. Os estudantes de medicina ficaram à frente dos enfermeiros também na dimensão despersonalização e no menor nível de realização nas atividades desempenhadas. Os médicos ficaram com a maior média na dimensão realização profissional entre as categorias pesquisadas (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

No caso dos profissionais da atenção básica à saúde nota-se que pelas características exigidas no trabalho, sua tolerância a lidar com situações limite e/ou de sofrimento parece ser maior do que a média, assim como sua capacidade de lidar com imprevisibilidades, como aparece no relato de A quando este se apresenta para apagar um incêndio em uma casa da comunidade conforme seu relato, como se isso fosse algo supostamente natural. Embora em sua narrativa não haja menção a queixas, pelo contrário, seu relato é carregado de orgulho pela maneira desprendida com que realiza seu trabalho sem medição de esforços, o que se questiona é até que ponto esses profissionais são capazes de chegar, em termos de comprometimento e envolvimento, sem afetar sua própria saúde e bem-estar. Chama a atenção no relato de A sua disposição de permanecer no máximo 3 a 5 anos em uma mesma unidade de saúde, o que suscita a hipótese de ser esta uma estratégia para defender-se de possíveis futuros problemas que afetem sua saúde física e/ou mental, embora em nenhum momento esse sujeito tenha feito qualquer queixa explícita relacionada ao trabalho.

Por sua vez, M e T em seus relatos alegaram explicitamente problemas com a sua saúde emocional, relacionando-os diretamente ao trabalho, tendo ambas passado por períodos com sintomas depressivos. Ao consultarmos o Quadro 2 no qual as trajetórias de trabalho dos

sujeitos estão ilustradas, pôde-se observar que estas duas profissionais realizaram uma série de mudanças de unidades de saúde ao longo de suas carreiras, o que suscita uma suposição quanto à existência de relação entre os fatores de proteção à saúde física e emocional e os pedidos de transferência de uma unidade de trabalho para outra, embora os motivos geradores dessas mudanças não tenham sido suficientemente explorados durante as entrevistas.

Dejours (1987) e Dejours e cols (1994, apud MENDES e CRUZ, 2004) denominam de estratégias defensivas os recursos utilizados pelos funcionários a fim de estabilizar a relação subjetiva com a organização de trabalho que ao mesmo tempo alimentam uma resistência às mudanças. Quando estas estratégias são do tipo criativas, ocorre um processo de mobilização subjetiva que implica o coletivo de trabalho no sentido da participação, do engajamento e da busca de alternativas para as situações geradoras de sofrimento no trabalho (MENDES e CRUZ, 2004). Quando o funcionário não se acha capaz de desenvolver saídas criativas, ou caso já tenha esgotado todas as suas tentativas de busca de alternativas, parece que tem duas alternativas: o pedido de saída para outra unidade de saúde, ou o adoecimento relacionado às condições no trabalho, como se pôde constatar a partir dos últimos relatos.

O relato de M mostra uma particularidade do trabalho na saúde do ponto de vista do profissional que presta o cuidado, no que tange às exigências da população quanto à realização dos seus serviços:

*... a gente não tem essa capacidade de resolver todos os problemas, então tudo isso é fator de estresse muito grande. Tudo bate na nossa porta, nossa porta é culpada de todos os problemas de saúde e não é por aí, né [...] a impressão que dá é que as pessoas não se programam [...], elas vêm e querem resolver seus problemas imediatos e a gente fica apagando incêndio... (M - pediatra).*

Segundo Codo (1996), é conhecido que os profissionais de saúde, entre outros que lidam com o 'cuidar', necessitam estabelecer vínculos afetivos com seus clientes para o bom cumprimento de sua função. De outro lado necessitam estabelecer um distanciamento afetivo para, além do cumprimento de providências técnicas, se protegerem de perdas inevitáveis. Como formas de lidar com esse impasse, o trabalhador acaba por necessitar aumentar sua resistência ou aprender a realizar deslocamentos através de atividades que permitam administrar mais adequadamente sua energia afetiva. Alguns relatos mostram que o envolvimento com atividades diversificadas fora do prescrito pela função é bastante comum nas unidades de saúde e acaba sendo respaldado até mesmo pela própria descrição do processo de trabalho na atenção básica (BRASIL, 2006b), já que nesta descrição não consta 'quem' deve realizar 'o quê' (grifos da pesquisadora). Há um incentivo a ações voltadas para

a promoção de saúde, ao trabalho interdisciplinar e em grupos, entre outras, o que faz com que se abram inúmeras possibilidades para profissionais de diversas áreas com diferentes qualificações realizando um mesmo trabalho, conforme os relatos de D e C.

*Dependendo do dia, estou em **grupo de tabagismo**, mas **normalmente estou em atendimento** (D - dentista).*

*Tem os grupos de hipertensos e diabéticos, que acontecem uma vez por mês. **Cada mês é uma equipe que vai de agentes de saúde, aí vai os alunos, os doutorandos, vai a médica ... para fazer os procedimentos que é verificar a pressão e orientar** (C - ACS).*

A respeito dessa questão, Pires (1999) afirma que a complexidade dos problemas do trabalho em saúde exige cada vez mais um trabalho cooperativo e interdisciplinar, com vistas à transdisciplinaridade<sup>11</sup>, de modo a romper com a visão fragmentada da super-especialização.

Observou-se também pelos relatos que as iniciativas para essas atividades *extras* são ainda predominantemente de cunho individual e opcional, acreditando-se, desse modo, que possam ter o caráter de deslocamento citado como necessário para uma melhor adequação da energia afetiva do profissional frente às diferenças entre as tarefas prescritas pelo seu cargo e o trabalho real. Um estado de bem-estar no trabalho é descrito por Ferreira (2004) como aquele que equilibra a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. Em mais de um relato observa-se um distanciamento entre o que Ferreira (2004, p. 181) denomina de trabalho real e o trabalho prescrito: “os comportamentos dos trabalhadores nas situações de trabalho mostram um universo de atividades que transcende aquilo que foi estabelecido pelas tarefas”.

*Eu tinha muito essa noção de que médico numa comunidade podia fazer muita diferença, mas eu acho que o que faz mais diferença é a minha presença pessoal mesmo naquele conjunto de pessoas. **Talvez a maneira como eu interaja com as pessoas faça mais diferença do que as ofertas tecnológicas que eu ofereço prá elas, medicamentos, enfim...** (F- médico de família).*

*Quando eu trabalhei no CS ..., **fiz um curativo em um menino uns 15 dias. E conversei muito com ele, orientei sobre drogas...** (T- técnica de enfermagem).*

*O médico atendeu, só que se não tiver também esse meu lado, ele nunca vai dar complemento ao tratamento. Então **a gente briga pelo paciente. A gente liga pros hospitais, a gente liga prá clínicas, a gente liga prá quem a gente tem contato, poxa ‘consegue essa vaga prá gente’ porque é muito fácil jogar na lista de espera e lavar as mãos** (R- técnico administrativo).*

---

<sup>11</sup> a etimologia do termo sugere “a possibilidade de encontrarmos algo que possa ser compartilhado por várias ou todas as disciplinas e que, por outro lado, lhes dê um sentido que transcenda a epistemologia singular de cada uma” (OSÓRIO, 2003, p. 84).

Nas narrativas de F, T e R observam-se o que seja uma clara transcendência de um trabalho prescrito do ponto de vista funcional da tarefa e o modo como ele se realiza na prática, com características singularmente definidas pela autonomia dos sujeitos que o realizam, a partir de conhecimentos ou vivências prévias relacionadas ao seu cotidiano de trabalho, incluindo o modo como o compreendem. Esses saberes constituídos, muitas vezes, não têm relação com um conhecimento técnico prévio relativo ao seu cargo, fazendo parte de um arsenal de recursos desenvolvido a partir da relação com o trabalho e da singularidade de cada profissional considerado em suas dimensões particular e genérica.

Bianchetti faz referência à expressão conhecimento tácito para definir os saberes criados e usados pelos trabalhadores com a finalidade de “encontrar saídas singulares para eventuais problemas no processo de trabalho” (2001, p. 24). Argumenta este autor que hoje em dia, diante de parâmetros de funcionamento das organizações baseados em integração e na flexibilidade, mais do que a especialização dos funcionários, prega-se “a confluência de saberes para garantir a polifuncionalidade necessária ao desempenho de funções” (2001, p. 25). O conhecimento tácito, ou qualificação tácita e sua manifestação, estaria “na base da dinâmica de todas as transformações da história da humanidade” (BIANCHETTI, 2001, p. 26). Se antigamente a troca de idéias no ambiente de trabalho se constituía numa intersubjetividade, contendo potencialmente um caráter de resistência, atualmente a conversa, a troca de idéias e o trabalho coletivo são bem aceitos e até estimulados, desde que atendam aos objetivos da organização.

Ao ser considerado o princípio da integralidade, com seus pressupostos de promoção e prevenção da saúde de modo integral, como um dos pilares que regem o nível de atendimento na atenção básica à saúde, compreende-se a importância e a frequência com que o conhecimento tácito é incorporado ao cotidiano dos profissionais, de uma maneira quase que ‘naturalizada’, nos discursos sobre o seu trabalho (grifos da pesquisadora). Trata-se de um trabalho no qual a autonomia e a criatividade dos profissionais são valorizadas como de suma importância na resolução de problemas do dia-dia de trabalho, um trabalho no qual a técnica e o aparato tecnológico são superados, muitas vezes, por outros fatores da ordem da subjetividade dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho.

Os saberes produzidos pelo trabalhador a partir de suas vivências, assim como sua criatividade na realização das atividades de trabalho, suas emoções e mobilizações afetivas, além de um compromisso ideológico que muitas vezes o leva ao limite do envolvimento com o trabalho, acabam por ser determinantes de uma apropriação do seu conhecimento pela organização gerando uma sensação de expropriação, que pode levar com o tempo a uma

situação de esgotamento. Esse esgotamento pode desencadear tanto uma patologia relacionada ao trabalho em situações extremas, como a desistência, de tempos em tempos, do trabalho em determinada unidade, manifestada por meio de frequentes pedidos de transferências, como se observou pelos relatos, até como medida de prevenção ou estratégia defensiva. Diante da situação de estabilidade do funcionário público raramente ocorrem pedidos de demissões ou exonerações por parte da PMF, sendo que esta modalidade de saída não foi sequer mencionada. Dos 10 sujeitos entrevistados, nove possuíam vínculo estável com a PMF e apenas um é contratado em caráter temporário, conforme mostrou o Quadro 1. Dessa forma, o que se constatou a partir dos relatos e dos dados sintetizados no Quadro 2 foi uma alta rotatividade de funcionários entre os CS pesquisados, o que inevitavelmente acarreta mudanças importantes na organização e na condução dos processos de trabalho, e consequências não menos importantes de sobrecarga para quem permanece na unidade e tem que conviver com as ausências de determinadas categorias funcionais muitas vezes por tempo indeterminado.

A e O, trabalhadores há quase 30 anos na atenção básica, ao referirem-se ao trabalho que realizavam no início da sua carreira, bem antes da implantação do PSF, trazem uma visão de participação dos atores institucionais como protagonistas na construção da saúde, visão esta atualizada e condizente com o que se propõe em termos dos ideários do SUS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a).

*Passei lá muita cultura no Posto. **Cultura, conhecimento, desenvolvimento, tudo, essas coisas eram meio na estrada.** Antes a comunidade e posto era uma coisa só... era bate-papo, desenvolver cultura, desenvolvimento... (A- auxiliar de enfermagem).*

***Eu tinha muita amizade com as pessoas principalmente o nosso pessoal da comunidade.** Não agora porque tem muita gente de fora, que não me conhece, mas naquele tempo as pessoas da comunidade precisavam de mim [...] **Hoje eles querem trabalhar e fazer um curativo precisa ter um carro, eu quando comecei a trabalhar, meu marido me deu uma bicicleta, uma vez até torci esse pulso (risos).** Eu ia fazer curativo antes de vir para o posto, eu ia fazer insulina, ia fazer injeção de 12 em 12 horas, o pessoal precisava muito de mim, e eu colaborava. [...] **se tiver alguém daquela época aqui ainda vai contar, tinha filho e eu ia fazer até curativo de cesariana em casa, eu ia** (O - ACO).*

Estas narrativas sugerem que nem todas as mudanças ocorridas ao longo do tempo, com a introdução de novas propostas, inclusive a do PSF na atenção básica, puderam garantir apenas ganhos, chegando a transmitir certo saudosismo pelo modo como o trabalho era realizado antes. Apontam, além de um suposto distanciamento entre centro de saúde e comunidade trazido pelas mudanças ao longo do tempo, uma idéia de fragmentação do

trabalho, com a introdução de novas tecnologias<sup>12</sup>, categorias profissionais e consequentemente mudanças na organização do processo de trabalho, caracterizando o que vem a ser uma contradição do próprio sistema. O aparato tecnológico agregado ao antigo modo de funcionamento dos CS acaba por gerar profundas mudanças nos processos de trabalho, estando incluída nesse contexto a necessidade de reorganização das relações de trabalho. A este respeito, é preciso considerar que ao mesmo tempo em que se admite uma confluência de saberes e uma polifuncionalidade (BIANCHETTI, 2001) dos trabalhadores, necessárias a um melhor desempenho de funções e requisito para a empregabilidade nas organizações contemporâneas, uma maior diversidade de categorias profissionais dentro de um mesmo espaço de trabalho acaba por deflagrar uma inevitável demarcação de territórios de atuação.

Nos quadros da saúde, a inclusão de novas categorias profissionais com o advento do PSF trouxe para os profissionais remanescentes do antigo modelo de atenção uma necessidade de adaptação nem sempre fácil de assimilar, como se observa pelos relatos e é corroborado pela literatura. Grisotti e Patrício, apoiadas em dados da pesquisa de Sisson (2002), afirmam que o início da implantação do PSF assemelha-se ao de outros programas propostos entre as décadas de 1970 e 1980, como é o caso da Saúde comunitária que visava à ampliação de acesso e cobertura à saúde de populações rurais e/ou à margem do processo produtivo. Estes programas traduziam contextos sócio-políticos específicos de “atenção e cuidados primários, medicina simplificada, saúde e medicina comunitária” (GRISOTTI e PATRÍCIO, 2006, p. 42). Para Bertoncini (2000, p. 67), “as equipes de saúde da família transitam num ideário permeado de contradições, espaço de luta no qual os vários projetos dos atores sociais em situação divergem e convergem”.

A partir dos relatos de A e O se apreende uma idéia de mudança bastante presente, a começar pelo tempo verbal utilizado ao remeterem-se ao passado inúmeras vezes. Trata-se não propriamente de uma mudança de paradigma, de estar entre o antigo e o novo modelo, e sim de reorganização do processo de trabalho, no qual foram incluídos gradativamente profissionais com diferentes atribuições e abrangências territoriais de ação. Dissonâncias geradas entre os profissionais engolfados pelas mudanças ficam caracterizadas pelos relatos que comportam, além de um saudosismo pelo jeito anterior de funcionamento da unidade,

---

<sup>12</sup> As tecnologias envolvidas no trabalho da saúde classificam-se em: leve, como é o caso das tecnologias de relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; leve-dura, no caso de saberes estruturados de operacionalização dos processos em saúde, como é o caso das diversas clínicas envolvidas; e a dura, que envolve os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY et al, 2006, p. 121).

certo ressentimento pela falta de reconhecimento de suas habilidades em atividades que gostariam de poder continuar desenvolvendo.

*Naquele tempo era assim, ver bem quem é a pessoa, olhar bem a cara e não já ir vendo coisa errada na casa e dizer que tá errado, ir só observando e mudando as coisas devagar* (A- auxiliar de enfermagem).

*... é por isso que eu fiquei triste, porque eu queria fazer e não podia [...] eu era muito conhecida aqui, quantas vezes, teve gente que ia lá em casa e pedia prá dar injeção, e eu dizia não, 'vai no Postinho que tem enfermeira...' [...] eu já sabia que não podia mais trabalhar no que eu trabalhava* (O - ACO).

Como estes relatos apontam, a inclusão de novas categorias profissionais para dividir um mesmo espaço de trabalho mediante uma nova proposta acabou por acarretar modificações nas próprias relações de trabalho, bem como manifestações sutis de insatisfações motivadas pela falta de controle de um processo de trabalho anteriormente considerado familiar pelos sujeitos que dele participavam com certa liberdade e autonomia de ação.

A idéia de controle sobre o processo de trabalho encontra-se relacionada a certo domínio e compartilhamento da cultura organizacional de uma dada organização. Uma definição de cultura organizacional baseada em Schein (1982, 1986, apud CRUZ, 2004, p. 243) é de

um padrão de comportamentos assumidos, inventados, descobertos ou desenvolvidos por um dado grupo, suficientes para resolver problemas de adaptação e integração interna e externa e para serem considerados válidos para que sejam transmitidos aos novos membros do grupo, como os corretos modos de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

Um movimento paradoxal de estabilidade e mudança encontra-se inserido no conceito acima, uma vez que depende das características e dos movimentos dos sistemas organizacionais envolvidos, com a entrada e saída de novos membros e outras mudanças de caráter normativo processadas historicamente. A cultura organizacional ainda pode ser vista como um sistema de controle social, com a criação de territórios nos quais as pessoas cuidam e defendem seus espaços pessoais, criando condições emocionais para si mesmas de adaptarem-se às condições de trabalho. Nesse contexto, “[...] a percepção de perdas de território ou sentimentos de invasão dos espaços individuais no trabalho, concreta e subjetivamente construídos, invariavelmente acarreta eventos estressantes e reações patológicas” (CRUZ, 2004, p. 243).

Na perspectiva sócio-histórica, esse espaço definido acima, no qual se compartilha algo que deveria ser comum a todos os membros de uma organização na forma de uma cultura, seria compreendido como um encontro de consciências denominado de alteridade, o



que de antemão já pressupõe diferenças. Na visão de Vygotski (1996) de sujeito constituído socialmente, a alteridade seria a cooperação entre consciências, isto é, os encontros com o outro. Em uma perspectiva de diferença, esses encontros podem ser altamente desestabilizadores e anunciadores do ‘novo’ promovendo a homogeneização e/ou heterogeneização, sendo uma constante em toda e qualquer atividade humana (grifo da pesquisadora).

Observa-se no relato de C um exemplo de encontro com o outro no qual esses aspectos vêm à tona, merecendo uma análise especial:

*antigamente uma senhora da minha micro-área antiga, ela dizia que não queria porque ela não tinha sido bem atendida, enfim, ela relatou a situação que ela viveu, aí eu disse assim que “não, agora já mudou, agora tá assim, assim”, ela me aceitava, a minha visita tudo, mas ela não queria usar o serviço mais. Mas atualmente eu sei que ela está (usando o serviço). Porque eu acho que a visão dela já mudou e eu já vi ela lá. Então, é um trabalho assim, **eu não consegui na época, mas foi outra pessoa e....** (fez um gesto com a mão e um som). **Porque tudo assim eu penso que tudo no seu tempo e na sua hora, tipo assim, eu plantei uma sementinha e foi a outra lá e** (repete o gesto e o som)... **conseguiu** (C - ACS).*

Este relato, sobre a interação de C com uma usuária de sua área de abrangência na tentativa de trazê-la de volta para o atendimento no CS, traz uma reflexão sobre uma suposta ‘diferença’ sendo resolvida de modo favorável a partir da perspectiva do trabalho em conjunto e mediante a passagem do tempo como um aliado para a sua necessária resolução. A consonância e a dissonância entre consciências individuais e uma missão de caráter coletivo em prol da saúde são passíveis de acontecer o tempo inteiro no trabalho dos CS, na medida em que cada participante tem uma percepção diferenciada da abrangência de sua missão individual e do impacto que suas intervenções possam causar em seus pares de trabalho. Ao fazer uma leitura da narrativa de C apreendem-se também elementos que fazem parte de indicadores relacionados à gratificação dos indivíduos nas organizações, segundo a terminologia de Paz (2004), como é o caso da percepção da importância do próprio trabalho e certa liberdade para desenvolver as atividades ao seu estilo pessoal.

Em outro momento de sua narrativa o tempo volta a aparecer como um aliado no alívio do desgaste do dia-dia utilizado por C como elemento a seu favor:

*[...] eu não vou falar que não **tem o lado do desgaste...** mas ele (o trabalho) é muito importante, **nada como um dia após o outro, prá você recuperar as suas energias e voltar prá fazer o que você tem que fazer e terminar aquilo que você tá proposta a fazer que é trabalhar na comunidade, fazer o que tá se propondo a fazer e fazer direito, fazer bem feito, com carinho, dedicação** (C- ACS).*

Apesar da referência ao desgaste no trabalho, na avaliação de C este não chega a ser um indicador de mal-estar no trabalho, pois é superado por indicadores positivos representados pelo descanso depois de um dia de trabalho, pela responsabilidade e pelo compromisso com o trabalho e a comunidade.

Outro elemento servindo de indicador para a gratificação no cotidiano de trabalho que consiste no reconhecimento pessoal foi encontrado, desta vez na narrativa de T:

*... na época eu ainda vinha a pé, meu joelho ainda não tinha agravado, era só descida do morro e eu vinha descendo a pé e **veio alguém me abraçou assim por trás e disse assim: 'oi tia! você fez meu curativo, lembra de mim?'** e me abraçou, isso **foi uma coisa tão gratificante...** (T- técnica de enfermagem).*

O reconhecimento pessoal descrito por Paz (2004, p. 138) e evidenciado no relato acima consiste na “percepção de ser admirado e recompensado por sua competência”. Observa-se que a precária condição de saúde da profissional fica em segundo plano em sua narrativa, não chegando a constituir-se em uma queixa declarada que a impedisse de realizar a sua atividade de trabalho. Segundo Dejours (2009, p. 52) “o que as pessoas esperam em troca de seu engajamento e de seu sofrimento é uma retribuição moral que assume uma forma extremamente precisa: o reconhecimento”. É uma forma de atribuir ao trabalhador a noção de pertencimento a uma equipe, a uma coletividade, a uma profissão.

O reconhecimento confere, portanto, em troca do meu sofrimento, um pertencimento que exorciza a solidão. Em resumo, o reconhecimento permite àquele que trabalha transformar o seu sofrimento em desenvolvimento de sua identidade [...] a identidade é o alicerce da saúde mental (DEJOURS, 2009, p. 53).

Desse modo, a limitação física de T devida ao seu problema no joelho perde a importância ao ser recompensada pelo reconhecimento no trabalho realizado, dando lugar a um sentimento de gratificação que a coloca em um lugar diferenciado.

Nos fragmentos dos relatos de O e C a seguir, algo semelhante acontece no que diz respeito ao uso do tempo como um aliado para a elaboração das dificuldades do dia-dia no atendimento ao público revertidas na forma de recompensa pela paciência e ‘jogo de cintura’ no sentido de flexibilidade, demonstradas na resolução de determinada situação:

*... às vezes chegava algum paciente um pouco difícil né, porque trabalhar com público... mas aí, a gente ia conversando, **calma, né... porque no fim vai dar tudo certinho...**, vamos conversar gente. Às vezes as pessoas ali fora ficavam rindo, mas aí no outro dia a pessoa vinha chorando me pedir perdão... (O - ACO).*

*... tem a coisa da gente saber lidar, porque **com o tempo você vai crescendo e você vai aprendendo a ter jogo de cintura** em dada situação. Porque quando você começa numa coisa você tá ansiosa, quer fazer e tal e não sabe lidar com as situações. Muitas vezes acontecia uma coisa que eu queria resolver e chegava lá e não conseguia e eu ficava... chateada, pressionada, triste, até chorava (C - ACS).*

Nas narrativas de O e C observa-se uma tendência a um chamamento de responsabilidade sobre si mesmas, bem como ao estabelecimento de estratégias individuais, com a finalidade de resolução dos problemas que emergem no trabalho no dia-dia. O conhecimento tácito do qual já se falou anteriormente fica subentendido novamente nos fragmentos de discurso acima, reforçando de certo modo, segundo Bianchetti (2001, p. 27)

um espaço-tempo aberto à subjetividade, concedido ou conquistado com os seus constantes feedbacks [...]. Pelo prisma dos trabalhadores, a existência deste espaço-tempo de manifestações idiossincráticas funcionaria como um antidoto contra a sua desqualificação profissional e até contra a perda do emprego.

Vistos de outro ângulo, os espaços de subjetividade do trabalhador estão relacionados às mudanças no modo de organizar o trabalho, bem como de cooptar o profissional em sua autonomia e liberdade de executar suas atividades, dando-lhe a ilusão de serem ativos participantes do processo. Seria esta uma forma mais sutil de envolver a subjetividade do trabalhador, segundo Antunes (2007). Recorrendo mais precisamente a Tertulian (1993, p. 440), Antunes busca mostrar que nessa situação a subjetividade vivenciaria condições de inautenticidade. Baseando-se na Ontologia do Ser Social de Lukács com o propósito de tornar inteligíveis as bases sócio-históricas do fenômeno da alienação, Tertulian distingue dois níveis de existência: *o gênero humano em-si e o gênero humano para-si* sendo que, no primeiro, a tendência é reduzir o indivíduo à sua própria particularidade. Para Lukács este indivíduo particular não teria aspirações voltadas para a sua autodeterminação e aceitaria a imediatidade de sua condição imposta pelo *status-quo-social*, o que geraria uma condição de inautenticidade de sua subjetividade. Antunes resume a questão afirmando que

a dimensão de subjetividade presente nesse processo de trabalho está tolhida e voltada para a valorização e auto-reprodução do capital, para a 'qualidade', para o 'atendimento ao consumidor', entre tantas formas de representação ideológica, valorativa e simbólica que o capital introduz no interior do processo produtivo. [...] Mesmo no trabalho dotado de maior significado intelectual, imaterial, o exercício da atividade subjetiva está constringido em última instância pela lógica da forma/mercadoria e sua realização (ANTUNES, 2007, p. 128).

No que tange a esse envolvimento do trabalhador em seu aspecto subjetivo, Enriquez (2005) enfatiza que as empresas, ao oferecerem a seus colaboradores maior responsabilidade e participação na gestão,

entregam seu desenvolvimento aos empregados, consequentemente à sua motivação, seu entusiasmo e sua aptidão para conduzir as ações mais pertinentes. Ao tornarem-se mais autônomos no cumprimento de suas tarefas, estes empregados ficam encarregados também de resolver todas as possíveis deficiências (ENRIQUEZ, 2005, p. 27).

O desejo de reconhecimento por parte do ser humano seria a grande armadilha a que os profissionais estariam expostos, baseada em dois movimentos, o de *perversão social* e o de *psicologização*, ambos utilizados com os objetivos de sedução e manipulação do outro (ENRIQUEZ, 2005, grifos do autor). A psicologização da subjetividade do trabalhador traz em sua gênese a necessidade de gratificação no trabalho expressa por fatores elencados por

Paz (2004) como a valorização do próprio trabalho, a liberdade de executá-lo seguindo seu estilo pessoal e o reconhecimento que poderá advir do mesmo.

Na tentativa de atribuir sentidos ao seu trabalho, os profissionais da atenção básica elencaram diversos aspectos positivos e negativos relativos ao modo como enxergam sua realização. Aspectos relativos ao reconhecimento em relação à *utilidade* do trabalho e a sua *qualidade*, refere Dejours (2009, grifos do autor) como sendo aspectos esperados por todo trabalhador em relação ao trabalho realizado. Este aspecto emergiu nas narrativas de diversas maneiras diferentes, mas praticamente como um consenso entre os profissionais entrevistados. Trata-se, segundo Dejours (2009), de uma dimensão simbólica que mobiliza o zelo e a inteligência, tanto individual como coletiva, muito mais do que a dimensão material relativa aos salários. Tem-se uma confirmação dessa relação de valores a partir dos relatos seguintes:

*Prá mim o trabalho é uma forma de crescimento de auto-realização, mas é uma forma de subsistência também, mas prá mim é principalmente uma forma de auto-realização* (F - médico de família).

*Quando você entra na prefeitura você quer um emprego né, salário fixo, todos os direitos, mas tem que ir além disso, senão você não fica* (D - dentista).

Além dos aspectos centrais de reconhecimento no e pelo trabalho, outro aspecto motivador para a atribuição de sentidos ao trabalho é a participação nas decisões de organização e ações no cotidiano de trabalho da unidade. Por mais difícil que seja de ser colocado em prática, pela idéia de arena institucional colocada anteriormente, é inegável que o trabalhador sente-se valorizado ao exercer certa liberdade e autonomia ao planejar suas atividades no conjunto da organização.

Os mecanismos defensivos elencados no título deste núcleo de significação, como o ‘jogo de cintura’ e o uso do tempo como aliados no combate às dissonâncias no cotidiano dos processos de trabalho, foram compreendidos aqui, na forma de estratégias particularmente desenvolvidas e utilizadas pelos sujeitos, de modo a ajustar sua subjetividade ao contexto global da organização de trabalho e, ao mesmo tempo, a sua missão global de maneira singular.

**Neste núcleo de significação abrangendo sentidos, concepções e sentimentos em relação ao trabalho**, em caráter de síntese, encontrou-se destaque para a emoção e a intensidade afetiva presentes no trabalho realizado pelos sujeitos entrevistados. Outros elementos foram encontrados como parte de suas práticas cotidianas, como a criatividade necessária nas respostas ao imprevisível, que por sua vez os conduz a um conjunto de saberes tácitos que se desenvolvem sem que eles próprios se dêem conta. As estratégias defensivas no combate às dissonâncias no cotidiano também se destacaram nos relatos, juntamente com a

necessidade de reconhecimento e participação na organização dos processos de trabalho no dia-dia, como modos de aumentar a sensação de bem-estar no ambiente de trabalho.

#### **4.3 Políticas públicas em saúde: o que se conhece, o que se faz na prática e o que se deseja fazer**

Na introdução e no marco teórico deste trabalho procurou-se fundamentar, através de vasto material publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1988, 1992, 2000, 2005, 2006a, 2006b), as principais diretrizes e normativas que regem o trabalho realizado na atenção básica à saúde do SUS, incluindo o Programa de Saúde da Família. Nesta etapa de análise das informações obtidas através das entrevistas, de acordo com o terceiro e quarto objetivos específicos, procurou-se identificar nos discursos dos profissionais aquilo que de essencial no tocante às políticas públicas participa da reflexão sobre seu trabalho e se consolida em suas práticas cotidianas.

Sato (2002) contribui para a compreensão do que se irá tratar aqui ao referir-se a singularidade de cada local de trabalho e das pessoas que nele habitam. Em suas palavras,

apesar de termos muitas vezes toda uma categoria profissional submetida a exigências comuns em termos de organização do processo de trabalho, quando nos aproximamos dos locais onde trabalham vemos que cada local é um mundo singular, com seus problemas particulares, com mecanismos que fazem com que uma mesma tecnologia influa diferentemente, pois são pessoas diferentes, são relações interpessoais desigualmente construídas, são diferentes regras que vigoram (2002, p. 1151).

A mesma singularidade atribuída a cada local de trabalho com suas inúmeras particularidades se pode aplicar àquilo que é apreendido por cada profissional no que diz respeito às normas e diretrizes traçadas pelas políticas públicas de saúde que norteiam o trabalho na atenção básica e manifestado através dos seus discursos. Com relação ao que se lembram sobre as políticas públicas de saúde, destacam-se alguns fragmentos de relatos, como o de T, que ao referir-se a essas políticas, diz não se recordar de nada especificamente quanto ao seu conteúdo, mas traz de antemão uma crítica explícita quanto à transitoriedade contida em suas implantações:

*Em relação às Políticas o que eu fico triste é uma coisa assim: cada administração eles lançam um projeto, o projeto é bom, aí muda a administração... vamos dar sequência, se o projeto é bom (T- técnica de enfermagem).*

Sua narrativa expressa uma insatisfação implícita quanto às frequentes interrupções de projetos iniciados nas unidades de saúde, que acabam por trazer uma sensação de descontinuidade por parte do profissional que deles se propõe a participar.

A maioria dos sujeitos referiu questões gerais, remetentes aos princípios básicos do SUS e da Constituição de 1988:

*A Constituição, primeira, né porque quando a saúde é colocada como as leis né: a 8080 dever do estado, é a primeira coisa que a gente segue no Brasil, depois a 8142, as diretrizes do SUS, já estudei bastante e acho que tem que estudar, o estatuto da gente, do servidor público, os protocolos internos, as coisas próprias da secretaria, acho que a gente tem que estar por dentro (D - dentista).*

No relato de D percebe-se um conhecimento prévio das diretrizes que regem o SUS originadas a partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), ao citar especificamente as leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 2005). Sua narrativa é acrescida de uma preocupação mais particularizada em estar a par de documentos que regem internamente a organização e o funcionamento do serviço público do qual faz parte, em uma perspectiva que sugere a necessidade de conhecimento de seus direitos e deveres como servidor público.

Nos relatos de F e R novamente são citados os princípios do SUS no geral e mais especificamente dois deles, o da integralidade, já citado anteriormente e conhecido por se tratar de um dos pilares dentre os princípios do SUS e o da universalidade (BRASIL, 2000; CAMPOS, 2003).

*... me vem os princípios do SUS que são muito presentes prá mim por causa da minha formação no movimento estudantil... antes de começar a trabalhar como médico eu discutia como deveria ser a organização da saúde, então eu penso principalmente na história da integralidade, na tentativa de você integrar as dimensões dos sujeitos e as necessidades dentro da sua esfera de atuação (F- médico de família).*

Na narrativa de F particularmente apreende-se tanto uma preocupação ideológica, quando se refere aos ideários do SUS, quanto uma intencionalidade no que diz respeito à aplicabilidade em sua prática cotidiana do princípio da integralidade no qual considera a integração de várias dimensões dos sujeitos. Esta compreensão se coaduna com estudo de Grisotti e Patrício (2006), segundo o qual conceitos e percepções relacionados à promoção de saúde, contidos na Carta de Ottawa (1986) e na perspectiva da Constituição de 1988, que associa saúde ao cumprimento de direitos de cidadania, requerem a compreensão por parte dos diferentes atores envolvidos em suas práticas.

Através da narrativa de R a seguir observa-se referência a outro princípio do SUS que é a universalidade, nesse caso lembrado como um princípio que pressupõe fazer parte de uma cultura à saúde universal, a ser difundida e oferecida para todos no território nacional, de forma igualitária. Este sujeito parte do princípio de que em sua unidade de trabalho procura-se colocar este princípio em prática, e pressupõe implicitamente em sua fala também outro princípio do SUS, o da equidade, descrito como uma possibilidade de diminuir as disparidades sociais e regionais no território regional (BRASIL, 2000).

*... eles falam que a saúde é universal prá todos, então essa coisa de que se você ser atendido aqui e me deslocar hoje prá Bahia eu posso ser atendido de igual maneira. Então existe uma cultura, é nacional, né, é o famoso cartão nacional do SUS. Então isso a gente vê quando nós estamos em temporada aqui na cidade a gente vê muita gente de fora do Estado e a gente abre as portas... (R-técnico administrativo).*

Com relação à necessidade de voltar-se para a pessoa a quem o trabalho é desenvolvido, o relato de A traz implicitamente a gênese do conceito de humanização do trabalho em saúde, que compreende “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2006a, p. 3). Segundo Pereira e Barros (2008), esse conceito indica uma tomada de posição que compreende o homem para o qual as políticas de saúde são construídas como o homem comum, concreto.

*Eu não penso, eu não boto dinheiro na minha frente. Primeiro eu boto a pessoa, né (A - auxiliar de enfermagem).*

As falas que se seguem reafirmam por parte de seu autor uma compreensão intuitiva do conceito de humanização proposto na saúde, na medida em que a sua ampla compreensão das necessidades da população atendida prevê, assim como suas ações concretas, a consideração da singularidade dos sujeitos em questão:

*... a pessoa que trabalha nessas comunidades carentes aqui, provavelmente quando a mãe chega ou ela já brigou com o marido, ou o marido já tá bêbado ou usou uma droga lá, ou tá tudo revirado porque não conseguiu (a droga) vamos supor, né. Daí o cara chega e já vai detonando, é lógico que essa pessoa não vai dar o respeito, vai no confronto, mas se entra descolado, alegre, com esse jeito vamos supor, a coisa vira, deixa ela mais pé no chão, perto da unidade (A - auxiliar de enfermagem).*

Trata-se de uma concepção singular, tanto no sentido de perceber as necessidades do usuário do serviço em seu contexto como um modo singular de ação na qual se evidencia menos a técnica e mais a experiência, a criatividade e a disponibilidade subjetiva para a compreensão e resolução da situação apresentada.

As Leis do SUS são novamente lembradas genericamente por C e mais especificamente ao lembrar-se da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2007), que vem sendo colocada em prática por ela no seu trabalho com a comunidade:

*sobre as leis do SUS, tudo isso, até por exemplo a Carta dos Direitos do Usuário do SUS que é uma coisa que a gente já sabia mas, foi uma coisa meio assim, tinha os folders em cima do balcão mas é uma coisa que a gente não tinha estudado, prá ser bem sincera... (C - ACS).*

Supõe-se que C, assim como outros profissionais da unidade de saúde, já tivessem tido algum contato com o material citado, ocasionalmente, como ela mesma refere ‘em cima do balcão’ mas a referência a este material deve-se ao fato de estar fazendo o Curso de Formação de Agentes de Saúde e Endemias no qual tem tido um contato mais profundo com o material teórico.

As falas de F e de E se referem à funcionalidade das portarias e normativas, como elementos auxiliares na organização do sistema:

*Quando eu penso em políticas públicas eu penso muito na coisa da organização do sistema, tenho estudado muito as redes hoje, tanto as redes de serviços como as redes de pessoas, fluxos dos serviços, então eu tenho pensado nas Políticas como formas de me ajudarem a organizar o sistema e não tanto a Política como uma coisa normativa castradora* (F - médico de família).

*... as portarias. Elas ajudam a definir o trabalho, porque senão a gente tem que trabalhar além da capacidade, o número de população por equipe de saúde da família, o número de acompanhamentos das agentes de saúde, definem também as prioridades, que são as doenças crônicas, a atenção às crianças, às gestantes, a mortalidade infantil [...] são muitas as prioridades* (E - enfermeira).

É importante ressaltar que tanto F como E encontram-se em cargos de chefia, condição que provavelmente lhes traz um olhar particularizado a partir da esfera da organização e viabilidade de execução dos serviços preconizados nas portarias e normativas. Ao mesmo tempo em que os processos de trabalho são prescritos através das normativas, também são definidas as prioridades dos serviços; na visão de E, estas pré-definições acabam acarretando um modo mais sensato de organizar as prioridades do dia-dia, servindo como um escudo protetor para as exigências tanto da população como do órgão gestor. E foi a única a referir-se indiretamente a políticas de saúde específicas quando se refere à priorização de determinadas situações de doenças, bem como a certos grupos populacionais.

Mattos (2005, p. 47) refere-se às políticas de saúde específicas como “respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como as respostas governamentais dadas a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos”. Ao ampliar o conceito para o atendimento de grupos portadores de doenças específicas para demandas e/ou necessidades específicas, tanto Mattos (2005) quanto E em seu relato, o utilizam de modo a considerarem em sua formulação o pressuposto básico contido no princípio da integralidade, que prevê “a articulação entre as medidas preventivas e assistenciais”.

Um fragmento de discurso de P, por sua vez, trouxe a palavra matriciamento, já conceituada por Campos (2007) como a principal atividade de suporte em áreas de conhecimentos específicos aos profissionais da atenção básica pelas equipes do NASF e que fundamentalmente embasa e justifica a sua inserção nesta equipe. Além do matriciamento enquanto fundamento de sua atividade na equipe do NASF, P aproveita para citar em seu relato também outras modalidades de atendimentos que procura realizar nas unidades pelas quais circula:

*Matriciamento e procurar fazer trabalhos em grupos, no lugar de individual, priorizar o atendimento coletivo e recursos da comunidade, é o que me veio, a gente tem que procurar usar esses recursos* (P- psicóloga).



O relato de P ao citar o matriciamento como principal lembrança do que se preconiza em termos de políticas públicas no que diz respeito ao seu trabalho em uma das equipes do NASF, destaca aquilo que deveria ser priorizado em termos de prática na atenção básica e fomentado pelas equipes do NASF junto a este nível de atenção. Cita fundamentalmente trabalhos em grupo e utilização de recursos coletivos e da comunidade:

*O atendimento coletivo eu consigo, mas as comunidades têm uma certa restrição, quer dizer depende do grupo né, o grupo de apoio psicológico eles têm bastante restrição [...] 'ah em grupo, vou ter que falar na frente de todo mundo'... (P - psicóloga).*

Apesar dos esforços da profissional em atender as diretrizes preconizadas na Portaria n. 648, de 28 de Março de 2006 (BRASIL, 2006) relativas ao caráter coletivo das ações em saúde, ela refere dificuldades no seu trabalho cotidiano, as quais decorrem principalmente da especificidade do trabalho da psicologia que exige certa compreensão de princípios por parte da comunidade quanto à função das atividades em grupos e suas prerrogativas quanto a normas de funcionamento que garantam a ética e a segurança dos usuários.

A, em sua narrativa sobre a prática das políticas públicas em saúde, desabafa:

*Política e norma né, é tudo bem legal, bem certinho, é tudo papel, na prática a coisa foge da realidade. É fácil tu colocar o b-a-bá, agora, aprender e ensinar o b-a-bá prá uma pessoa, é outra coisa, as normas são muito boas, ótimas, o código de ética é muito bom, mas ninguém quer, a ética está se perdendo já... mas as normas são muito boas (A - auxiliar de enfermagem).*

A deixa transparecer em sua narrativa que nem sempre é possível levar para a prática tudo o que consta nas diretrizes, e que muitas vezes as diferenças de visão e interpretação das portarias que regem a organização dos processos de trabalho, além das limitações quanto à atribuição de funções, levam a desabafos individuais indicadores de tensões e rupturas no local de trabalho. Os trabalhadores executam certas tarefas, que se supõe tenham sido previamente determinadas ou pactuadas entre eles, pois se busca uma sintonia entre o que uns fazem em determinado lugar, por exemplo, na recepção, e o que os outros realizam em outros ambientes, muitas vezes, reportando-se uns aos outros. Há um relacionamento, nesse trabalho, entre todos os profissionais, semelhante ao funcionamento de uma “rede de conversas”, mediada pelo trabalho (FIOCRUZ, 2005).

O relato de T quanto ao que deveria ser melhor trabalhado em sua unidade de saúde destaca a importância da prevenção e de campanhas de esclarecimento à população:

*Eu vejo assim de políticas públicas a gente teria que trabalhar mais na prevenção. A gente espera o paciente vir até o posto; melhorou bastante a parte de odontológico, esse trabalho do Doutor, não são todos os dentistas que fazem, de ir nas creches e nas escolas fazer esse trabalho de prevenção. Tem que fazer campanhas, apesar da televisão falar, mas as pessoas chegam aqui e as pessoas dizem que não sabem, elas não sabem (T- técnica de enfermagem).*

Em outro fragmento A traz uma crítica semelhante, desta vez quanto à responsabilidade do atendimento domiciliar no cuidado aos acamados:

*O SUS está deixando a desejar porque as pessoas são pagas prá ir até lá, mas elas não querem mais ir, não querem andar mais 50 metros, não sei porque também* (A - auxiliar de enfermagem).

Por trás de sua crítica encontra-se o fato de que antes da implantação do PSF era possível fazer visitas domiciliares independente de o profissional pertencer ao programa, atividade hoje restrita a determinadas categorias, segundo o entrevistado, trazendo certo desconforto entre os profissionais acostumados com o antigo funcionamento, principalmente no que diz respeito à organização das tarefas e a definição de ‘quem’ pode fazer ‘o quê’ e em ‘nome de quê’. A respeito dessa questão, Campos (2006) aponta como um dos caminhos para assegurar um atendimento de qualidade em saúde uma adequação na combinação entre a autonomia profissional e um certo grau de definição de responsabilidades para os trabalhadores. Desse modo, certa dose de liberdade no trabalho autônomo, aliado a uma capacidade de responsabilizar-se pelo outro traria, segundo Campos, eficácia ao trabalho. Mas, para tanto, há de se ter interesse e envolvimento dos agentes executores com a tarefa. Mais do que envolvimento com a tarefa, se faz necessário envolvimento e afinidade com os pressupostos que estão por trás das noções de cuidado à saúde propostos. Implica sair de um lugar de sujeito individual-particular para colocar-se em um lugar de sujeito humano-genérico, como diria Heller (1989), como possibilidade de saída de um trabalho alienante para uma práxis envolvendo uma atividade reflexiva sobre o próprio trabalho em saúde e da demanda que este impõe na atualidade.

No mundo capitalista contemporâneo a saúde tornou-se, segundo Luz (2005, p. 19), “um depósito de significados e sentidos que não encontram guarida na ordem racionalizada” e sua demanda consiste em uma *demanda por símbolos* contida em um universo simbólico *desencantado* pela racionalidade econômica do capitalismo. Encontra-se ainda, segundo esta autora, no lugar das relações de *empatia* entre os sujeitos, prejudicadas pelos valores individualistas, sendo reintroduzida por práticas que reinserem o contato físico e atividades grupais ou coletivas, legitimando situações de *cuidado e congraçamento*, antes assumidas por instituições específicas como a família, a escola ou organizações sociais (grifos da autora).

Pinheiro e Guizardi referem-se à noção de cuidado contida no conceito de saúde não propriamente

como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser [...] a ação integral é também

entendida como o ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (2005, p. 21).

Nessa perspectiva, as ações integrais deveriam funcionar como “dispositivo político, de críticas de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde”, porém, nem por isso isentas de conflitos e contradições marcadas por disputas políticas, sendo o dialogismo um de seus elementos constitutivos, resultado de embates de muitas vozes sociais (PINHEIRO E GUIZARDI, 2005, p. 22). F confirma em sua narrativa a necessidade de dialogia com a equipe de saúde, em uma perspectiva de atendimento das necessidades do usuário e de elaboração de planos terapêuticos mais específicos e compartilhados:

*... a gente deveria ter um acesso mais fácil possível pras pessoas, a gente deveria tentar suprir a maior parte das necessidades que estão ao alcance do setor saúde, a gente deve tentar dialogar com a equipe e com o usuário sobre os planos terapêuticos... isso são diretrizes de políticas de saúde, e eu tento incorporar isso na minha clínica cotidiana, no meu fazer cotidiano (F - médico PSF).*

Na narrativa de M apreende-se um desconforto relacionado às limitações das ações que dependem da atenção básica e de encaminhamentos para uma progressão de especialidades, introduzindo a questão das dificuldades relativas ao trabalho em rede, necessário para o atendimento dos princípios da integralidade e da universalidade:

*O que depende da atenção básica você consegue, você atende, mas não significa que ele precise só da atenção básica, quando você encaminha para uma progressão nem sempre você consegue; uma criança que tem um problema ortopédico..., ela vem faz toda a puericultura, mas aí você encaminha e fica na fila de espera e isso gera uma angústia pro paciente, prá nós também gera angústia, né (M- pediatra).*

A preocupação de D com o não atendimento de toda a demanda que chega ao CS demonstra uma contradição e divergência no modo de enxergar o fluxo do atendimento na atenção básica.

*Eu acho que a gente tem a questão do SUS, que é para todos, tem a questão da demanda que a gente nunca vai conseguir cobrir totalmente. Prá mim a grande questão é essa, a partir do momento que você tem o SUS, sistema brasileiro, que eu acho um dos melhores do mundo, e que você oferece prá todo mundo, é muito difícil você atender tudo, então eu me frustro nesse sentido de que a gente não consegue atender todos, é impossível. Tem que estar muito claro isso, senão a gente desanima (D - dentista PSF).*

Por outro lado, em outro fragmento D reforça o lado positivo do seu trabalho, quando se refere à possibilidade que tem tido atualmente, pela forma como as atividades estão organizadas, incluindo certa autonomia, de estabelecer planos terapêuticos para os usuários dos seus serviços:

*... então, positivo assim, de dentista na unidade é que você consegue fazer um trabalho, tem que dar todo o tratamento, um planejamento, aí você dá alta e consegue uma coisa mais integrada.*

*E aí se trabalha a promoção, isso é bem legal. [...]A gente tem espaço prá fazer trabalho com grupos, trabalho com escolas, depende óbvio de coordenação mas a gente tem esse espaço em protocolos, porque o PSF contempla isso (D - dentista).*

D compara a sistemática atual de trabalho com tempos mais difíceis, quando a terapêutica se restringia a ser curativa e com características de descontinuidade:

*... antigamente na época do INAMPS não. Pegava uma ficha, atendia e ia embora. A gente só abria e tampava buraco. Hoje não, você consegue terminar um tratamento (D - dentista).*

A afirmação de Alves (2008) de que o trabalho nos dias de hoje é um alimento essencial para a cidadania aplica-se ao serviço público, especialmente no setor saúde, no qual atualmente se trabalha em uma perspectiva de participação no processo de construção da própria saúde, incluindo mecanismos de controle social e de participação popular e contemplando a ótica e a participação dos atores institucionais. Ao citar a Lei 8142/90 que trata dos mecanismos de participação popular nos processos de saúde, D faz uma autocrítica com relação à sua própria participação na expansão de seu trabalho para além dos limites de seu consultório no CS, reconhecendo como algo necessário de receber um investimento de sua parte:

*acho que a participação popular ainda falta, acho que eu faço pouco essa coisa de participação, expandir para a comunidade, a questão do acesso a gente tá fazendo, a gente tenta melhorar isso prá proporcionar o acesso (D - dentista).*

Ao mesmo tempo este trabalhador refere-se à pouca participação também dos usuários quanto ao exercício de seus direitos ao controle social, ficando mais na queixa direta junto ao profissional que presta o cuidado:

*[...] o principal mesmo é essa coisa do controle social mesmo, falta um pouco, eu sinto isso pela maneira dos pacientes, deles chegarem prá gente, agora não vejo essa coisa do controle social essa coisa mais verdadeira, eu não vejo não (D - dentista).*

A essa dificuldade de estabelecer o controle social, M acrescenta a percepção de que falta uma consciência de responsabilidades também por parte do usuário, o que, em sua opinião, dependeria também dos profissionais ajudarem na construção de outra visão que não apenas a de receptores de cuidados:

*acho que faltaria trabalhar mais a conscientização da comunidade sobre o trabalho que se faz, isso eles não tem muito claro. Porque existe assim uma distorção de informações né, por parte da gestão e por parte da mídia, de que tipo de trabalho a unidade básica faz, então eles acham que o posto de saúde tem que resolver tudo... (M - pediatra).*

F refere-se à necessidade de incluir a participação do usuário de uma forma ativa, porém reconhece que há um impasse em agregá-la nas definições de funcionamento dos serviços, admitindo ser esta uma dificuldade de assimilação da própria equipe por receio de desestruturar algo pré-estabelecido. Acrescenta ainda a existência de uma crença na

superioridade atribuída ao conhecimento do especialista como um paradigma difícil de ser quebrado:

*... tem a participação dos usuários na definição de como funcionam os serviços, isso é muito difícil de colocar em prática. Às vezes por faltar canais organizados, às vezes porque a abertura tende a desorganizar um pouco a equipe ou tirar um pouco do controle sobre as coisas que tá fazendo, então... tem uma percepção minha e de quase todo mundo que trabalha em saúde que a gente sabe mais, a equipe de saúde tem mais noção de como pode se organizar o serviço do que os usuários. Eles têm mais noção das próprias necessidades, mas não de como o serviço pode se organizar pra atender essas necessidades (F- médico de família).*

A inclusão da participação dos usuários na organização dos serviços do SUS está prevista na Lei orgânica número 8142/90 (BRASIL, 2005) originada na Constituição de 1988 que deu origem às diretrizes do SUS pela Lei 8080/90. Estas leis são conhecidas pela maioria dos profissionais entrevistados, porém na sua especificidade foram descritas por apenas dois profissionais de nível superior pertencentes ao PSF. Apenas dois deles referiram-se aos Conselhos locais de saúde previstos na Lei 8142/90 como instâncias de participação efetiva dos usuários e profissionais da saúde.

Em pesquisa realizada no município de Florianópolis por Grisotti e Patrício (2006) já se antevia um resultado de pequena expressão em instâncias de participação e de controle social como é o caso dos Conselhos locais de saúde. A questão da participação tanto de usuários como dos próprios profissionais nas decisões e na organização do trabalho nas unidades de saúde, além de ser ainda incipiente parece também carecer de consenso dentro das equipes de trabalho. Em estudo de Pedrosa e Teles (2001) sobre consensos e diferenças em equipes do PSF, alguns temas apareceram como resultados de reforçadores para a divisão entre categorias de trabalho, entre eles a organização do processo de trabalho, as responsabilidades da equipe e as estratégias de atendimento à demanda e a questão salarial.

Observou-se a partir dos dados encontrados uma convergência de temáticas, embora não explicitamente citadas, como queixas geradoras de tensão entre as categorias profissionais no que diz respeito ao modo de organização do processo de trabalho. Os relatos de F e de D destacam a questão da diferença salarial, especificamente no que diz respeito a uma falta de isonomia entre categorias:

*... o fato do dentista ter sido a ultima categoria a entrar no PSF, acho que aí faltou... acho que começou em 96 em Florianópolis, mas o dentista foi em 2004. Acho que a questão da isonomia, médico, enfermeiro, acho que as principais categorias, isso sim é uma decepção [...] acho que não chega a comprometer as relações de trabalho, mas acho que é decepcionante, quando a gente conversa. O fato de ter vindo depois a gente fica meio de lado, fica difícil inserir, também pela nossa prática de consultório, é uma mudança mesmo (D - dentista).*

*... e a gente acaba trabalhando às vezes com pouca autonomia até dentro da equipe de saúde, com poucas pessoas definindo o processo de trabalho de muitos e ... isso é uma coisa que a gente vai ter que avançar um pouco, mesmo com toda formação com um discurso progressista e tudo mais mas ainda é um pouco difícil (F - médico de família).*

Há ainda, contida na narrativa de F, a questão da diferença entre níveis hierárquicos de saber influenciando diretamente na participação nas decisões de organização dos processos de trabalho, denunciando uma maior autonomia de algumas categorias profissionais em relação a outras. Este fator pode ser apontado como gerador de uma possível divisão entre categorias profissionais na equipe de trabalho e indicador da existência de relações de poder implicitamente envolvidas. Paz (2004), baseada na Teoria do Poder Organizacional de Mintzberg (1983), faz uma síntese das diversas dimensões que o poder pode assumir nas organizações. Das dimensões elencadas pela autora, destacam-se duas nas quais se podem encontrar elementos que servem para a compreensão do tipo de organização que os CS representam e também das contradições presentes na tentativa de articulá-las.

Os processos de trabalho nos CS estariam organizados como instituições alinhadas a uma ideologia do atendimento ao bem comum, conforme definido por Chanlat (2002) em referência ao serviço público. Nas instituições nas quais o objetivo é o bem comum, segundo Paz, o poder organizacional teria um caráter missionário, no qual os membros se unem porque se identificam com a ideologia. “É a mais participativa das configurações, com membros trabalhando em conjunto, tentando eliminar diferenças, sendo as recompensas coletivas e derivadas do senso de participação” (2004, p. 141). O bem estar dos membros está baseado na gratificação pelo alcance de metas ideológicas e pelo reconhecimento da organização como fomentadora do bem comum. Observa-se através da última narrativa de F outra dimensão presente nos CS enquanto organização que remete a outra forma de poder definida por Paz, configurada como poder meritocrático. Este tipo de poder relaciona-se a uma forte influência do saber de especialistas que, “com diferentes tipos de conhecimentos e graus de especialização, detêm diferentes parcelas de poder” (2004, p. 142).

Em resposta ao poder de certa forma garantido aos especialistas dentro das unidades de saúde com seus saberes específicos que sustentam seus territórios de atuação de modo inquestionável, acabam por se desenvolver ali outras formas de garantia de espaços de participação e atuação: nos relatos de A e O observa-se um modo de assumir espaços de poder dentro da unidade de saúde através da demonstração de habilidades individuais que possam trazer um diferencial na sua maneira de atender o público.

*O que me marcou muito foi um parto que eu fiz no CS ... naquele tempo não tinha correria, já cheguei e escutei alguém gritando, era a voz do pai, e eu vi que era uma voz de socorro, **eu tinha que me preparar**, a voz do pai era uma voz de socorro, de urgência. Hoje um parto, talvez as pessoas fossem apavorar talvez, né, eu já vi isso acontecer... (A – auxiliar de enfermagem).*

*... aí eu peguei a veia, e o homem: “que mão querida, não tô sentindo nada”, então eu fiz a injeçãozinha nele né, e **no outro dia ele voltou e só perguntava por mim** (O - ACO).*

Paz (2004) refere-se aos jogos políticos presentes nas organizações, que podem assumir caráter de resistência ou de jogos de construção de bases de poder propriamente ditos. Nestes últimos a especialização do trabalhador como forma de poder é manifestada não necessariamente pelo seu conhecimento técnico fruto de sua formação e sim pela demonstração de suas habilidades práticas, sejam elas ‘reais ou fingidas’ (p. 137, grifos da autora). Essas duas formas de poder parecem estar presentes na configuração organizacional das unidades de saúde estudadas sendo que, em alguns momentos sua imbricação pode ser determinante para a co-existência de contradições difíceis de serem resolvidas dentro da equipe de trabalho.

Observa-se, a propósito, que no decorrer das entrevistas a menção à equipe de trabalho foi pequena, especificamente na voz de apenas dois sujeitos. As narrativas foram essencialmente marcadas pelo relato de realizações individuais, o que sugere dificuldade em administrar algo tão complexo como as interrelações, bem como os territórios de competência individual em um trabalho que por definição é tido como coletivo. De acordo com as suas premissas, espera-se que os integrantes das equipes sejam capazes de “conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas do profissional e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações” (BRASIL, 2001, p. 74).

Na narrativa de F emergiu uma tentativa de compartilhamento de planos de intervenção com outros profissionais, apesar do pouco tempo que sobra para esta finalidade, segundo seu relato pela característica do atendimento médico ainda estar concentrado basicamente na maior parte do tempo dentro do consultório no atendimento à demanda. Já os relatos de D e M, dentista e pediatra respectivamente, confirmam uma tendência de consultas individuais na maior parte do tempo em que se encontram na unidade, com uma previsão, no caso de D, para atendimentos em grupo e visitas às escolas.

*a maior parte do tempo eu atendo consultas individuais, algumas vezes por semana eu tenho atividades programadas que são visitas, grupos [...] e tem entremeadado no dia de trabalho muitos momentos de combinação de planos terapêuticos sobre algumas pessoas que a gente atende compartilhadamente dentro da equipe ou de relação com profissionais do apoio matricial* (F - médico de família).

*dependendo do dia, estou em grupo de tabagismo, mas normalmente estou em atendimento [...] tem um período para os grupos e um período para escolar* (D - dentista).

*eu deixo sempre duas vagas de emergência de manhã, porque a comunidade pressiona muito para ser atendida nas emergências, então eu deixo vagas agendadas e deixo vagas de emergência, então minha agenda é tranquila e consigo fazer meu trabalho tranquilamente* (M - pediatra).

Para Franco e Merhy (2003), apesar do esforço de se reestruturar as práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe também no PSF, é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho. Há o risco de os profissionais se isolarem em seus núcleos de competência, ou ainda de que as ações sejam realizadas de forma isolada e justaposta, além do risco em potencial da manutenção das relações de poder capazes de engessar o trabalho coletivo em saúde.

Percebeu-se pelos relatos de profissionais de nível médio um interesse em compartilhar e participar de algumas atividades, dentre as quais o atendimento domiciliar e em grupos, além de orientações específicas, o que desencadeia em alguns momentos parcerias eficientes e em outros, inevitáveis conflitos e disputas territoriais de ação.

*Eu fui proibido de fazer, podem me proibir, mas quem é que vai daí ? (refere-se às visitas domiciliares aos acamados) [...] hoje quanto mais tempo passa, menos tem espaço prá entrar em cena, mas eu já fiz o meu papel. Queria fazer mais, mas a própria lei não permite* (A- auxiliar de enfermagem).

*Eu tento falar muito de reeducação alimentar [...] então quando eu vejo, eu oriento a mãe, pergunto o que a mãe está dando, se está dando refri, incentivo a tomar água, eu trabalho a prevenção [...] mas quem faz o programa é a médica* (T- técnica de enfermagem).

Este anseio, que poderia fortalecer o trabalho em equipe, esbarra em elementos da constituição do sistema de atendimento. Para Pires (1999, p. 47),

a complexidade dos problemas exige, cada vez mais, um trabalho cooperativo do tipo interdisciplinar, com vistas à transdisciplinaridade que rompa com a visão fragmentada da super-especialização, em que o convencimento se sobreponha à submissão ao poder hierárquico.

Na prática cotidiana desse nível de atenção, o que ainda se observa, no entanto, é uma fragmentação de ações e uma delegação de tarefas por quem detém o poder e os conhecimentos provenientes da especialidade para os trabalhadores de nível médio ou fundamental. Por mais que seja da iniciativa de alguns profissionais a elaboração de ações e planejamentos conjuntos, este tipo de iniciativa ainda parece constituir-se em exceções que fogem à regra.

Em **síntese, os achados referentes a este terceiro núcleo de significação** mostraram que as principais diretrizes e normativas das políticas públicas de saúde foram lembradas e referidas no discurso dos profissionais. Foram elencados a Constituição Federal de 1988 da qual se originou o SUS, as duas leis de diretrizes do SUS de 1990, seus três princípios fundamentais (integralidade, universalidade e equidade), a carta dos direitos dos usuários do SUS, a noção de matriciamento e os mecanismos de controle e participação popular, indicando haver conhecimento por parte dos profissionais acerca das concepções das políticas públicas vigentes.



No que diz respeito à apropriação destas concepções na prática cotidiana, no entanto, chama a atenção o fato de, apesar de existir um conhecimento razoável das principais diretrizes que norteiam as práticas de saúde, bem como dos processos de trabalho cotidianos, muitas ações se desenvolvem pautadas por iniciativas individualizadas dos profissionais, sem um planejamento e uma discussão previamente aprofundada, e, principalmente, sem um direcionamento por parte dos respectivos coordenadores dos CS. Percebeu-se que o interesse dos profissionais e a sua coerência com a prática que procuram realizar, na maioria das vezes, é o que faz as coisas acontecerem de forma mais criativa do que propriamente organizada e padronizada. Como se mostrou no núcleo de significação anterior, os conhecimentos tácitos e a criatividade na realização das atividades cotidianas se fazem presentes e compõem as suas práticas, e a função coordenativa não foi ressaltada como determinante na organização dos serviços nem do ponto de vista positivo nem negativo, exceto em uma narrativa, por motivo de crítica ao estilo de liderança do tipo *laissez-faire*. Pressupõe-se, a partir desta constatação, que a organização dos serviços neste nível de atenção fica de certo modo subjugada às portarias e normativas que a definem, possuindo o coordenador sua função limitada, constrangida em alguns momentos e ao mesmo tempo corroborada pelo seu cumprimento. De qualquer modo, encontrou-se na prática uma série de iniciativas por parte dos profissionais para o atendimento da demanda de modo diferenciado, procurando incluir não somente o atendimento emergencial, mas a realização de programas efetivos: é o caso do Programa Capital Criança, dos atendimentos contínuos de hipertensos, diabéticos, tuberculosos, gestantes, idosos e acamados, de programas específicos como dengue e campanhas de vacinação, de planejamentos visando os tratamentos conjuntos com os profissionais envolvidos com o caso em questão, dos atendimentos em grupo como preconizam as portarias em saúde mental, além de interconsultas e discussões de casos com as equipes do NASF previstas entre as atribuições e atividades dos profissionais envolvidos.

Os desejos de continuidade e de inovação no trabalho apareceram em vários relatos, no momento em que foram solicitados a refletirem sobre o que consideravam que estava faltando e que gostariam de colocar em prática nas suas unidades de saúde. Foram explicitados o desejo de conversar mais com o usuário, de orientar sobre diversos temas como alimentação e prevenção ao uso de drogas, além de poder participar de grupos específicos como reeducação alimentar, tabagismo, hipertensão e diabetes, etc. A autocrítica dos profissionais com relação à própria falta de participação no controle social dos serviços foi o que mais chamou a atenção nos relatos, além do reconhecimento da dificuldade em incluir a

participação dos usuários em discussões que envolvam a organização dos serviços, não sem, porém, admitir a necessidade de fazê-lo.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES: reflexões sobre um trabalho desenvolvido em uma “arena” de sentidos, emoções, saberes e fazeres**

No capítulo anterior procurou-se compreender o cotidiano de trabalho na atenção básica à saúde por meio dos três núcleos de significação identificados, quais sejam: Trajetórias de trabalho dos profissionais: a integração da vida com o trabalho; Sentidos, concepções e sentimentos em relação ao trabalho: emoção e intensidade afetiva, criatividade, saberes tácitos e estratégias defensivas no combate às dissonâncias no cotidiano; Políticas públicas em saúde: o que se conhece, o que se faz na prática e o que se deseja fazer.

Observa-se uma interligação entre os núcleos no que diz respeito aos elementos neles presentes; são separados de forma didática para efeito de análise mas que, no seu conjunto contribuem para uma composição do cotidiano bem como dos sentidos atribuídos ao trabalho pelos sujeitos, desde as suas respectivas trajetórias profissionais, concepções de trabalho, sentimentos e emoções presentes, o conhecimento das políticas de saúde além de aspectos práticos do trabalho cotidiano em suas múltiplas aproximações e distanciamentos do que concretamente é proposto pelas normativas e diretrizes políticas e o próprio desejo dos profissionais.

Relativamente ao **primeiro núcleo de significação**, os achados da pesquisa com relação a “quem são estes profissionais?”, “em que contexto de trabalho se inserem?”, e se “escolheram ou foram escolhidos, pelas contingências, a desenvolver esse trabalho?” mostraram um imbricamento das dimensões singular e coletiva dos sujeitos, que os inserem em um contexto de trabalho e de vida interligados se tomarmos como referência suas trajetórias profissionais que acabam por compor de forma panorâmica uma relação de identidade com o trabalho desenvolvido no cotidiano. Observou-se uma profunda identificação desses sujeitos com suas atividades de trabalho, fazendo parte deste processo identificatório suas respectivas trajetórias profissionais, bem como suas diversificadas qualificações integradas às suas experiências de vida. A maioria teve sua trajetória profissional relacionada à área da saúde desde o início da carreira. Mesmo aqueles que não passaram por experiência anterior na saúde não demonstraram insatisfação ou arrependimento pela escolha da área atual de trabalho.

Com relação à qualificação dos profissionais para o trabalho, e à pergunta colocada no início do estudo “como lidam com a discrepância entre sua formação profissional e as demandas e modelos de atuação da atenção básica?” encontrou-se: no que tange à

capacitação para as funções desenvolvidas nos CS, parece estar naturalizado entre os servidores o modo de ir aprendendo na prática com quem já está na ativa há mais tempo, o qual, por sua vez, também já aprendeu com alguém anteriormente ou através da própria experiência. Não obstante essa ‘naturalização’, os trabalhadores anseiam por capacitações não apenas no nível técnico de suas funções, mas também como oportunidades de reciclagem pessoal ou mesmo do simples fato de sair da unidade e manter contato com outros profissionais em situações que fujam à rotina. A iniciativa de capacitação, quando não proporcionada pelo órgão gestor, é buscada pelo profissional, geralmente por aqueles de nível superior, por sua própria conta. Já os profissionais de nível médio comumente esperam por uma oportunidade que seja oferecida pelo próprio órgão gestor, seja organizada pela Prefeitura ou ainda através de parcerias com o Estado, na forma de capacitações e treinamentos pontuais. Destaca-se a ausência de um procedimento padrão previamente estabelecido no que diz respeito a treinamentos e capacitações para os respectivos cargos no momento em que os profissionais ingressam para trabalhar na atenção básica, sendo estes cursos ofertados ocasionalmente e de modo assistemático, a depender da política de gestão e da necessidade momentânea.

O trabalho de um modo geral foi trazido com diferentes sentidos, variando a partir de uma valorização de dimensões mais particulares determinantes de suas trajetórias profissionais relativas à formação pessoal, criação familiar, condicionamento pessoal, profissão, sobrevivência, emprego, fonte de renda e realização pessoal. Valores mais humano/genéricos também foram citados em menor escala como sentidos atribuídos ao trabalho, relacionados ao serviço no setor público como acreditar no serviço público e a possibilidade de devolução do investimento na formação universitária à sociedade.

Embora suas trajetórias de trabalho tenham se mostrado em suas singularidades, em alguma medida os profissionais também se reconhecem enquanto participantes de um coletivo de trabalho, com a necessidade de se movimentarem entre estas duas dimensões em seu cotidiano de trabalho, reafirmando o imbricamento de suas porções humano-genéricas e individuais-particulares em todo o processo.

Com relação ao **segundo núcleo de significação**, apreendeu-se a partir dos achados que o trabalho desenvolvido na atenção básica cotidianamente é dotado de alta carga de intensidade emocional, proporcionando a vivência de afetos tanto positivos quanto negativos. Sentimentos contraditórios fazem parte de forma estreita das relações dos profissionais da saúde com o seu trabalho: ao mesmo tempo em que o trabalho é tido como

essencial, como uma finalidade, como alimento, como capaz de emocionar, ele também gera desgaste, cansaço, doenças e desistências. Essas contradições da ordem da emoção tendem a ser elaboradas pelos trabalhadores muitas vezes de forma pragmática, com o uso da razão, de modo a não comprometer na prática a realização de suas tarefas.

Aspectos como a necessidade de reconhecimento e de participação no modo de organização do processo de trabalho são referidos como elementos que ajudam no combate às adversidades do cotidiano. O reconhecimento pelo trabalho realizado e o sentimento de pertença a ele atribuído parece ser um fator que contribui para minimizar o mal-estar gerado pelas dissonâncias diárias. Estratégias defensivas criadas singularmente são citadas como parte deste embate diário, como o uso do tempo como aliado na espera e o jogo de cintura aliado a certa criatividade, componentes necessários à resolução de problemas no dia-dia de trabalho, seja com relação à comunidade, ao usuário ou aos pares de trabalho.

Observa-se uma tendência dos profissionais de saúde em desenvolver uma tolerância ao lidar com situações limite e/ou de sofrimento, bem como uma capacidade de lidar com imprevisibilidades no trabalho. Uma grande rotatividade de uma unidade de saúde para outra consistiu em achado relevante entre os sujeitos, elemento interpretado como mais uma dentre outras estratégias defensivas desenvolvidas para lidar com situações limites que possam desencadear doenças ocupacionais e desistências do trabalho ao longo do tempo. Conjectura-se, portanto, a existência de uma relação entre os fatores de proteção à saúde física e emocional e os pedidos de transferência de uma unidade de trabalho para outra. Embora esta correlação não tenha sido explorada por este estudo por conta de seus objetivos e conseqüentes limitações, fica aqui a sugestão de continuidade como proposta para novas pesquisas.

Aspectos relativos às estratégias defensivas utilizadas estão relacionados à singularidade com que cada profissional aprende a lidar com as dificuldades, criando mecanismos e conhecimentos tácitos para utilização no cotidiano de trabalho não previstos em nenhuma diretriz ou normativa estabelecida de antemão. Esta constatação empírica faz com que seja necessário repensar o modo como o trabalho vem sendo concebido, particularmente no campo da saúde, baseado em grande proporção em sua estruturação e em menor proporção nos micro-processos que envolvem os sujeitos que o realizam.

Um suposto distanciamento, entre os centros de saúde e comunidade, trazido pelas mudanças derivadas da implantação das novas políticas de saúde vigentes leva a uma idéia de fragmentação do trabalho, com a introdução de novas tecnologias, categorias profissionais e conseqüentemente, mudanças na organização do processo de trabalho, caracterizando o que

vem a ser uma contradição do próprio sistema. Esta situação é de complexa administração tanto pelos profissionais da saúde envolvidos diretamente nos processos de trabalho, como por parte do órgão gestor, responsável por fazer o sistema de atenção básica à saúde funcionar de modo eficiente.

Subjacente à discussão sobre a organização dos processos de trabalho em saúde, jaz outra questão, relativa às afinidades dos profissionais com as propostas colocadas, trazendo junto com essa, a difícil discussão acerca de um suposto perfil do profissional de saúde para atuar no serviço público, a qual, porém, não se tem condições e nem elementos para desenvolver aqui, dada a delimitação e os limites deste estudo, podendo, porém, permanecer como recomendação para estudos subsequentes.

O que se pode afirmar a partir dos achados desta pesquisa referente a este segundo núcleo de significação, é o alto investimento emocional exigido por parte dos profissionais para adequar-se às exigências das particularidades do trabalho realizado, para as quais os sujeitos pesquisados demonstram estar dispostos, por vezes, sem se darem conta de estarem ultrapassando limites pessoais e da própria função que desenvolvem.

Quanto ao **terceiro núcleo de significação**, os achados da pesquisa com relação à pergunta “quanto de conhecimento e afinidade os profissionais possuem com as proposições teórico-práticas colocadas como diretrizes do SUS e do PSF?” indicaram: que as políticas públicas de saúde, na forma de normativas e diretrizes, são reconhecidas como formas de organizar o trabalho e citadas de modo superficial em seus princípios gerais que são do conhecimento da maioria dos sujeitos. Os três princípios que regem o SUS: integralidade, universalidade e equidade foram lembrados, além da política de humanização que acabou sendo citada de forma indireta em narrativas que fazem parte das práticas cotidianas.

Percebeu-se que muitas vezes as diferenças de visão e de interpretação das portarias que regem a organização dos processos de trabalho, além das limitações quanto à atribuição de funções, levam a desabafos individuais indicadores de tensões e rupturas no local de trabalho. Nesse sentido, a necessidade de adequação na combinação entre a autonomia profissional e certo grau de definição de responsabilidades para os trabalhadores seria uma saída para que o trabalho fluísse de modo mais eficiente.

Um nível maior de compartilhamento de idéias entre os profissionais sobre o modo de funcionar o processo de trabalho é sugerido, embora seja reconhecida a dificuldade de colocar essa medida em prática sem tensões. Para que esse fluxo ocorra, é recomendável maior envolvimento e certa afinidade com os pressupostos por parte dos profissionais, o que implica, em síntese, sair de um lugar de sujeito individual-particular para colocar-se em um

lugar de sujeito humano-genérico no atendimento a uma ética do bem comum, pressuposto básico do trabalho no serviço público em um setor essencial como a saúde.

Aspectos relativos à participação e controle social foram citados pelos sujeitos, porém como elementos incipientes no cotidiano tanto dos usuários como dos profissionais que trabalham neste nível de atenção, além de carecerem de consenso sobre a forma como devem operar. Questões como um trabalho no sentido de uma maior conscientização dos usuários de saúde quanto ao significado e as limitações do trabalho na atenção básica e uma maior responsabilização por parte destes pelo seu processo de saúde foram referidos pelos sujeitos. Uma relação mais empática ficou sugerida nas entrelinhas dos discursos, relação esta, necessária também por parte do usuário dos serviços, de modo que este possa compreender melhor o alcance das ações na atenção básica, podendo ser capaz de reivindicar os seus direitos em instâncias mais efetivas e não somente voltadas na forma de queixa despejadas nos balcões das unidades de saúde.

Dessa forma, é referida uma crença de que a participação é necessária por parte do usuário de uma forma mais sistemática, em instâncias apropriadas no que diz respeito às suas necessidades no exercício de um controle social mais efetivo. Não há consenso, porém, sobre quem deve decidir pela organização dos serviços, estabelecendo-se aí um impasse sob a influência de relações de poder existentes do especialista perante o leigo, usuário dos serviços de saúde, embora se reconheça entre os profissionais a necessidade desta abertura por mais que implique em uma desestruturação daquilo que já se encontra estabelecido.

A necessidade de dialogia entre a equipe de saúde em uma perspectiva de atendimento das necessidades do usuário e de elaboração de planos terapêuticos mais específicos e compartilhados foi colocada como algo a ser implementado para o alcance de uma participação mais efetiva de ambas as partes, de modo que o usuário dos serviços também possa implicar-se no processo de construção da sua própria saúde, saindo de um papel de receptor passivo de cuidados.

Os sujeitos manifestaram desejo de participar mais de atividades que não só digam respeito diretamente às suas funções, como por exemplo, grupos diversos que ocorrem nas unidades de saúde, além de outras atividades que envolvam uma dialogia direta com o usuário dos serviços visando promoção e educação para a saúde, além de visitas domiciliares quando necessário. Para tanto é necessário que se trabalhe na direção de um exercício dialógico entre diferentes categorias profissionais dentro das unidades, de modo que a disponibilidade do profissional para certas tarefas esteja acima de questões relativas a diferenças hierárquicas em uma perspectiva que tenda à transdisciplinaridade de forma organizada. Finalizando, para que

esse exercício dialógico seja possível reforça-se a evidente necessidade de que os sujeitos envolvidos estejam cientes e dispostos a sair de suas posições individuais/particulares rumo a uma posição que integre também os aspectos de caráter humano-genéricos em suas ações de trabalho no cotidiano das unidades de saúde.

Com o intuito de compreender o cotidiano de trabalho de profissionais da atenção básica a saúde foram elencados os três núcleos de significação os quais reportam-se essencialmente para as trajetórias profissionais interligadas com a vida dos sujeitos, as emoções vivenciadas em um trabalho carregado de intensidade afetiva e norteador por saberes previamente estabelecidos por portarias e diretrizes estabelecendo processos de trabalho, por sua vez permeados de práticas que esbarram em motivações e modos singulares de realização.

Os sujeitos demonstraram em suas narrativas estarem afinados com a missão que o serviço público impõe aos seus servidores no atendimento aos interesses da saúde no âmbito do sistema SUS. No resgate das necessidades de saúde descritas por Cecílio (2001), as quais ultrapassam àquelas usualmente colocadas pelo modelo hegemônico, que apenas considera o adoecimento biológico como parâmetro na busca pelos serviços de saúde, constata-se estarem esses sujeitos cientes quanto à demanda que deles se espera em um contexto mais amplo de promoção de saúde no qual aspectos sociais, históricos e políticos estão presentes contribuindo e interferindo na realização do seu trabalho cotidiano.

Ao apontar no subtítulo deste último capítulo, para uma reflexão sobre um trabalho desenvolvido em uma **“arena” de sentidos, emoções, saberes e fazeres**, procurou-se dar ênfase ao contexto da realidade cotidiana no qual ele se realiza procurando sintetizar e ao mesmo tempo integrar as três dimensões que envolvem as esferas afetiva, cognitiva e da ação humana. Estas esferas destacaram-se ao longo deste estudo por sua presença nos discursos dos sujeitos e direcionadas pelos objetivos específicos, sobrepondo-se na composição do cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica a saúde, sobretudo fazendo parte de seus sentidos.



## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira. Consciência e Atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, Ana Maria Bahia; GONÇALVES, Maria Graça M.; FURTADO, Odair. (orgs). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 96-110.

\_\_\_\_\_. A pesquisa em Psicologia Sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, Ana Maria Bahia; GONÇALVES, Maria Graça M.; FURTADO, Odair. (orgs). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p.129-140.

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira; OZELLA, Sérgio. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v.2, p. 222-245, 2006.

ALBORNOS, Suzana. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense. Coleção primeiros passos, n. 171, 2006. 108p.

ALBRECHT, Pricila Anny T. **Sentidos do trabalho para concurseiros: a busca do emprego estável como estratégia de inserção no mundo do trabalho contemporâneo**. 2010. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC, Florianópolis, 2010.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho** 2ª ed. Londrina: Práxis, 2007. [HTTP://www.giovannialves.org/livros-meus.htm](http://www.giovannialves.org/livros-meus.htm)

ALVES, Luiz Roberto Alves. **Trabalho, cultura e bem-comum** – leitura crítica internacional. São Paulo: Annablume, FAPESP, 2008. p. 111-136.

ANDRADE, Luiz Odorico M.; BARRETO, Ivana Cristina H.C.; FONSECA, Claudio Duarte. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B. et al (org). **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-100.

ANTUNES, Ricardo. O mundo precarizado do trabalho e seus significados. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, São Paulo, v.2, p.55-59, 1999. **Mesa redonda: Mercado informal, empregabilidade e cooperativismo: as transformações das relações de trabalho**. ISSN 1516-3717 versão impressa: acesso em 18/05/2009.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 9ª ed. São Paulo: Boitempo editorial, 2007. p. 47-59; 101-165.

\_\_\_\_\_. A erosão do Trabalho. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 1º de maio de 2009. Caderno Opinião. Seção Tendências e Debates, p. A3.

BASTOS, Antonio Virgilio Bittencourt. Trabalho e qualificação: questões conceituais e desafios postos pelo cenário de reestruturação produtiva. In: BORGES- ANDRADE, Jairo E ;

ABBAD, Gardênia da Silva; MOURÃO, Luciana e cols. **Treinamento, Desenvolvimento e Educação em Organizações e Trabalho:** fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 23-40.

BASTOS Jr, Mário José; KAWASE, Patrícia Rocha (orgs). **Plano Municipal de Saúde 2007 – 2010.** Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis/Secretaria Municipal de Saúde, 2007, 100 p.

BAKHTIN, Mikhail. Metodologia das ciências humanas. In: \_\_\_\_\_. **Estética da criação verbal.** 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 393 - 410.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T (org). **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 21-92; p. 273-276.

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto:** uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BIANCHETTI, Lucídio. **Da chave de fenda ao laptop.** Tecnologia digital e novas qualificações: desafios à educação. Petrópolis/Florianópolis: Vozes, Editora UFSC, 2001. p. 19-30.

BORGES-ANDRADE, Jairo E. Avaliação integrada e somativa em TD&E. In: BORGES-ANDRADE, Jairo E. ; ABBAD, Gardênia da Silva; MOURÃO, Luciana e cols. **Treinamento, Desenvolvimento e Educação em Organizações e Trabalho:** fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed Ed., 2006. p. 343-358.

BOGDAN, Roberto C. e BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em Educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora, 1994, 335 p.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**, art. 198, III, Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS número 224**, 29 de janeiro de 1992. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** Princípios e Conquistas. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS.** (NOB/RH-SUS). 3ª ed. revisão atualizada. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e Redes de Saúde:** Valorização dos Trabalhadores da Saúde. 2ª ed. Brasília, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 648**, 28 de março de 2006. Brasília, 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários de saúde.** 2ª ed. Brasília, 2007, acesso [www.bvsmms.saude.gov.br](http://www.bvsmms.saude.gov.br).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 154**, 24 de janeiro de 2008. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Republicada em 04 de Março de 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009, p. 93-114.

CAMPOS, Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-584, 2003. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, Gastão Wagner S.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev/2007.

CAPRA, Frank. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982. p.117-155; 315-350.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v.9, n.16, p.161-77, 2004-2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set-out, 2004.

CEVOLI, Marilda. Bell: o advento pós-industrial. In: MASI, Domenico. **A sociedade pós-industrial**. 2ª ed. São Paulo: SENAC, 1999. p.149-164.

CHANLAT, Jean-François (coord). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. V1 (1996, 3ª ed), V3 (1996, 2ª ed. ). São Paulo: Atlas, 1996.

CHANLAT, Jean-François. O gerencialismo e a ética do bem-comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: **VII Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma Del Estado e de La Administration Pública**. Lisboa, Portugal, oct/2002, p. 8-11.

CIAMPA, Antonio da Costa. Identidade. In: LANE, Silvia T.M. e CODO, Wanderley. (orgs). **Psicologia Social**: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 58-75.

\_\_\_\_\_. **A estória do Severino e a história da Severina**: um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1987, p.197-201.

CODO, Wanderley. Um diagnóstico do trabalho. In: BORGES-ANDRADE, Jairo E. ; CODO, Wanderley; TAMAYO, Álvaro. (orgs). **Trabalho, Organização e Cultura**. São Paulo: Cooperativa de autores associados. 1996. p. 21-40.

COUTINHO, Maria Chalfin; KRAWULSKI, Edite; SOARES, Dulce Helena P. Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 9, p. 29-37, 2007. Edição Especial 1.

COUTINHO, Maria Chalfin. **Participação no trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 27-62; 159-181.

\_\_\_\_\_. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 189-202, 2009.

CRESWELL, John.W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, ArtMed, 2007, p.184-210.

CRUZ, Roberto. Distúrbios músculo-esqueléticos, processos de trabalho e cultura organizacional. In: TAMAYO, Álvaro e cols. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 231-249.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. Estudo de psicopatologia do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1987. p.11-25.

DEJOURS, Christophe. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? Dossiê: qual é o sentido do trabalho? **Revista Cult. São Paulo**: Editora Bregantini, n. 139, ano 12, p.49-52, set/out 2009.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 28.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, Maria Cecília (org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**, 26ª ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 31-60.

ECO, Umberto. **Metodologia: como se faz uma tese**. São Paulo: Editora Perspectiva. Cadernos Estudos. v 85, 1983, p. 7- 34.

ELMAN, Celine. **Reflexões de uma equipe multiprofissional que desenvolve reabilitação pulmonar acerca de seu processo de trabalho**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 2005.

ENRIQUEZ, Eugène. Da solidão imposta a uma solidão solidária. **Cronos**. UFRN. Natal, RN, v. 5/6, n. 1/2, p.19-33, 2004-2005.

FERMINO, Juliana M.; PATRICIO, Zuleica Maria; KRAWULSKI, Edite; SISSON, Maristela C. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Revista de Psicologia Aletheia**, RS, Canoas, n.30, p. 113-128, jul/dez 2009. <http://www.ulbra.br/psicologia/files/aletheia30.pdf>. ISSN 1413-0394.

FERNANDES, Sonia Regina Pereira; BASTOS, Antonio Vírgilio Bittencourt; TIRONI, Márcia Oliveira Staffa; VIANA, Anderson César Veloso. “Cuidar-se para cuidar”: avaliação de um programa de desenvolvimento de pessoas de um hospital. In: BORGES- ANDRADE,

Jairo E. ; ABBAD, Gardênia da Silva; MOURÃO, Luciana e cols. **Treinamento, Desenvolvimento e Educação em Organizações e Trabalho:** fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 558- 570.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Editora Nova Fronteira, 1975, p. 735.

FERREIRA, Mário Cesar. Bem estar: equilíbrio entre a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. In: TAMAYO, Álvaro e cols. **Cultura e saúde nas organizações.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 181-207.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al (org). **Trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREITAS, Maria Teresa; JOBIM e SOUZA, Solange; KRAMER, Sônia (orgs). **Ciências humanas e pesquisa:** Leituras de Mikhail Bakhtin. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 26-38.

FURLAN, Reinaldo. A questão do método na psicologia. **Revista Psicologia em Estudo.** Maringá/PR, v. 13, n.1, p. 25-33, jan/mar 2008.

FURTADO, Odair. O psiquismo e a subjetividade social. In: BOCK, Ana Maria Bahia; GONÇALVES, Maria Graça M.; FURTADO, Odair. (orgs). **Psicologia sócio-histórica:** uma perspectiva crítica em psicologia. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 75- 93.

GARCIA, Sandra de Oliveira. **As necessidades de saúde na assistência à criança vítima de violência doméstica em João Pessoa no novo contexto do SUS.** 2007, 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, João Pessoa, 2007.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade.** São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1991. p.11-60.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. A psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade. In: BOCK, Ana Maria Bahia; GONÇALVES, Maria Graça M.; FURTADO, Odair. (orgs). **Psicologia sócio-histórica:** uma perspectiva crítica em psicologia. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 37-52; 114-127.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual dos centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 278p.

GONZÁLEZ REY, Fernando. O enfoque histórico-cultural e seu sentido para a psicologia clínica: uma reflexão. In: BOCK, Ana Maria Bahia; GONÇALVES, Maria Graça M.; FURTADO, Odair. (orgs). **Psicologia sócio-histórica:** uma perspectiva crítica em psicologia. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 194-214.

\_\_\_\_\_. **La investigacion cualitativa en Psicologia – Rumbos y desafios.** São Paulo: Educ, 1999.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A Saúde coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis. Florianópolis: Ed UFSC, 2006. p. 29-50.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989. p. 17-41.

JACQUES, MARIA DA GRAÇA C. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. In: TAMAYO, Álvaro et al. **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1996. p.41-47.

\_\_\_\_\_. Identidade e trabalho. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (orgs). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 1ª edição. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006. p. 155-157.

KONDER, Leandro. **O futuro da filosofia da práxis**: o pensamento de Marx no século XXI. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 97-128.

KRAWULSKI, Edite. **Construção da identidade profissional do psicólogo**: vivendo as “metamorfoses do caminho” no exercício cotidiano do trabalho. 2004. 206f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSC. Florianópolis, 2004.

KREIN, José Dario. Emprego: o retrato do flagelo brasileiro. Entrevista a Manoel Alves Filho. Campinas: **Jornal da UNICAMP**, ano XXI, n 354, p. 5, abril/2007.

LEOPARDI, Maria Teresa. A vida do trabalhador como centralidade no trabalho. In: LEOPARDI, Maria Teresa et al (org). **O Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: PPG Enfermagem/UFSC: ed. Papa- Livros, 1999. p. 49-55.

LIMA, N.T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2002. p. 23-116.

LUZ, Madel T. Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 9-20.

MAHEIRIE, Kátia ; FRANÇA, Kelli B. Vygotski e Sartre: aproximando concepções metodológicas na construção do saber psicológico. **Revista Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v.19, n.1, p.23-29, 2007.

MARTIN-BARÓ, Ignacio. **Sistema, grupo y poder**: Psicologia Social desde Centro-América II. San Salvador: UCA, 1988. p. 117;189-227.

MARTINS, Selma A. C.; BORCHARDT, Rosana S. S.; CUNHA, Silvia A. **Projeto para a implantação e desenvolvimento de um programa de Apoio às equipes das Unidades Locais de Saúde do município de Florianópolis com a utilização de Grupos Operativos e Equipes Reflexivas**. PMF/SMS/ 2007, 6p mimeo.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: \_\_\_\_\_ **O Capital: crítica da economia política**. 13. ed., v.1. Tradução de Reginaldo Sant'Anna, 1989. p. 201-223.

MATTA, Gustavo Correa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil e FRANÇA LIMA, Júlio Cesar (orgs), **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-43. ISBN: 978-85-987-36-6.

MATOS, Eliane; GONÇALVES, Jadete Rodrigues; RAMOS, Flávia Regina S. A epistemologia de Ludwick Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. **Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.14, n.3, p.383-390, 2005.

MATTOS, Ruben Araújo. Integralidade e a formulação de Políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ ABRASCO. 3. ed. 2005. p. 45-59.

MENDES, Ana Magnólia; CRUZ, Roberto Moraes. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, Álvaro e cols. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 39-55.

MENDES, Ana Magnólia. Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In: TAMAYO, Álvaro e cols. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 59-76.

MERCADANTE, O.A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2002. p. 235-311.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.71-112.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 113-150.

MERHY, Emerson Elias. ; FRANCO, T.B. Reestruturação do trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil e FRANÇA LIMA, Júlio Cesar (orgs), **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 349-352. ISBN: 978-85-987-36-6.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1984. p. 16.

MERLI, Raffaello. Toffler: a terceira onda. In: MASI, Domenico. **A sociedade pós-industrial**. 2. ed. São Paulo: SENAC. 1999. p.183-192.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 9-104.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 182-188.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26ª ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 9-29.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. p.125-133.

NEVES, José Mario. **A face oculta da organização**: a microfísica do poder na gestão do trabalho. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Novas tendências internacionais da força de trabalho do setor público**: o Brasil comparado com outros países. Brasília: UNB, 2005. Disponível em : [http://www.opas.org.br/Rh/admin/documentos/rpn\\_port.pdf](http://www.opas.org.br/Rh/admin/documentos/rpn_port.pdf).

O LADO PERVERSO DO TRABALHO. **Psicologia Ciência e Profissão** - Diálogos. Brasília: Sistema Conselhos de Psicologia, n. 5, p. 12-15, dez/2007. Jornalista responsável: Mônica Lima.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>

OSÓRIO, Luis Carlos. **Psicologia Grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: ArtMed, 2003. p. 83-86.

PAZ, Maria das Graças Torres. Poder e saúde organizacional. In: TAMAYO, Álvaro e cols. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 127-154.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consensos e diferenças em equipes do programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, São Paulo, jun 2001.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Benevides. Humanização. In: PEREIRA, Isabel Brasil e FRANÇA LIMA, Júlio Cesar (orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 243-248. ISBN: 978-85-987-36-6.

PIMENTEL, Raquel Guedes. “E AGORA JOSÉ?”: Jovens psicólogos recém formados no processo de inserção no mercado de trabalho. 93 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC, Florianópolis, 2007.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ ABRASCO. 2ª ed. 2005. p. 21-36.



PINO, Angel. A interação social: a perspectiva sócio-histórica. In: ALVES, M.L. et al **Construtivismo em revista**. Série IDÉIAS, v. 20, São Paulo: Fundação para o desenvolvimento da educação, p.49-58, 1993.

PIRES, Denise . A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Teresa et al (org). **O Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: PPG Enfermagem/UFSC: ed. Papa- Livros, 1999. p. 25-48.

POCHMANN, Márcio; ANTUNES, Ricardo. O novo mundo do trabalho. O trabalho no novo mundo. Campinas: **Jornal da UNICAMP**, ano XXI, n 354, p. 6-8, abril de 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta de Sensibilização ao Programa de Saúde da Família**. Florianópolis, 2006, Apostila, mimeo, 29 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **SIGRH/SMS** – Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, acesso eletrônico por profissional da SMS em abril de 2010.

QUANDO O TRABALHO ADOECE. **Psicologia Ciência e Profissão** - Diálogos. Brasília: Sistema Conselhos de Psicologia, n. 5, p. 22- 23, dez/2007. Jornalista responsável: Mônica Lima.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 11, n. 1, p. 65-69, 2006. ISSN 1413-294X.

SATO, Lucy. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1147-1157, 2002. ISSN 1413-294X.

SAWAIA, Bader Burihan. Psicologia social: aspectos epistemológicos e éticos. In: LANE, Silvia M. e SAWAIA, Bader B. (orgs). **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense: EDUC, 1995 a. p. 45-53.

\_\_\_\_\_. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: LANE, Silvia T.M. e Sawaia, Baden B. (orgs). **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense: EDUC, 1995 b. p.155-168.

\_\_\_\_\_. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, Regina H.F (org); LANE, Silvia T. M.; SAWAIA, Bader B. et al. **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 35-53.

SILVA, M.M. O Trabalho para jovens graduados no novo modelo de acumulação capitalista. **Revista Perspectiva**, v. 22, n. 2, p.405-424, 2004, acesso [www.ced.ufsc.br/nucleos/nup/perspectivas.html](http://www.ced.ufsc.br/nucleos/nup/perspectivas.html).

SISSON, Maristela C. **Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família no Programa Docente-Assistencial de Florianópolis**. Tese de doutorado da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SOUZA, Meriti. Narrativas, conhecimento e homem simbólico: entrelaçamentos entre saberes e fazeres. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. VII, n. 1, p.137-161, mar/2007.

SPAGNUOLO, Regina Stella e GUERRINI, Ivan Amaral. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.16, p.191-194, set.2004/fev/2005.

SZYMANSKI, Heloísa. Entrevista Reflexiva: um olhar psicológico para a entrevista de pesquisa. **Revista do programa de estudos pós-graduados. Psicologia da Educação**. PUC. São Paulo, v. 10, n.11, p.193-215, 2000.

TAMAYO, Álvaro; LIMA, Dinice; SILVA, Abelardo V. Clima organizacional e estresse no trabalho. In: TAMAYO, Álvaro e cols. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 77-101.

TOASSI, Andresa Jaqueline. **Heróis de fumaça** : um estudo sobre os sentidos do trabalho para profissionais bombeiros. 175 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC, Florianópolis, SC, 2008.

TOLFO, Suzana R.; COUTINHO, Maria Chalfin; ALMEIDA, A. R.; BAASCH, D.; CUGNIER, J.S. Revisitando abordagens sobre sentidos e significados do trabalho. In: **Fórum CRITEOS**, Porto Alegre: UFRGS/EA. Rio Grande do Sul, v.2, 2005. *Anais...* Porto Alegre: UFRGS/EA, CRITEOS, 2005 (CD-ROM).

VYGOTSKI, Lev Semenovitch. **Pensamento e Linguagem**. 2ª ed. brasileira. Tradução Jeferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 103-132.

\_\_\_\_\_. **A formação social da mente**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p.59-65; 138-150.

\_\_\_\_\_. **Obras Escogidas I**. Madrid: Centro de Publicaciones del M.E.C, 1991. p.71-93.

\_\_\_\_\_. **Teoria e Método em Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 179- 372.

\_\_\_\_\_. **Psicologia da Arte**. Tradução: Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p.7-27; 250-272.

WALLERSTEIN, Immanuel. As estruturas do conhecimento ou quantas formas temos nós de conhecer? In: SOUSA SANTOS, Boaventura (org). **Conhecimento prudente para uma vida decente**: ‘um discurso sobre as Ciências’ revisitado. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 123-129.

ZANELLA, Andréa Vieira. Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. **Revista Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v17 n.2, p. 99-104, 2005.

ZANELLA, Andrea Vieira et al. Questões de método em Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Revista Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v19, n.2, p. 25-33, 2007.

ZAGO, Nadir. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, N.; CARVALHO, M.P.; VILELA, R.A.T. (orgs). **Itinerários da Pesquisa**: perspectivas qualitativas em sociologia da educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 287-309.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ANDALÓ, Carmem. **Mediação grupal**: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Ágora, 2006, p. 17-34.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: sumário: estruturação. Rio de Janeiro, 1989.

\_\_\_\_\_. **NBR - 6028**: resumos; redação e apresentação. Rio de Janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_. **NBR - 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002 a.

\_\_\_\_\_. **NBR - 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002b.

\_\_\_\_\_. **NBR - 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002c.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 5ª ed. revisada. Florianópolis: ED. da UFSC, 2005, 340p.

BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA/UFSC. **Manual de normalização de trabalhos técnicos segundo Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT**. MARTINS ALVES, M. B. e ARRUDA, S. M. Atualizado em fev. de 2007, Florianópolis, 2007.

BIEHL, Kátia Andrade. **Grupos e equipes de trabalho**: uma estratégia de gestão. In: BITTENCOURT, Claudia e cols. **Gestão contemporânea de pessoas**: novas práticas, conceitos tradicionais. Porto Alegre: Bookman, 2004. p.134-143.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Editora Nova Fronteira, 1975, 1499 p.

MICHAELIS. **Dicionário Prático**: Inglês-Português/Português-Inglês. São Paulo: Melhoramentos, 3ª ed., 1989, 861p.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Abordagem interdisciplinar e transdisciplinar no processo de construção do conhecimento e de transformação da realidade**. Texto elaborado para o trabalho com docentes do mestrado em Educação da Universidade Franciscana de Santa Maria. Rio Grande do Sul, 1995, Apostila, mimeo, 15 p.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **É possível a felicidade na socialidade num mundo de narcisos?** Questões para a saúde social a partir de Agnes Heller e Michel Maffesoli. In: REZENDE, Ana Lúcia Magela; RAMOS, F.R.S.; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **O fio das Moiras**: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde. Florianópolis: Ed. UFSC, 1995b. p. 139-156.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A****Tabela 1 – Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Sul**

Tabela 1 - Distribuição dos 466 Funcionários do Distrito Sanitário Sul por Centro de Saúde

Distrito Sanitário Sul - Centros de Saúde	Médico	Enferm	Dentista	Técnico enferm.	Auxiliar enferm.	Técnico admin.	ACO	ACS	Psic	Nutric	Farmac	Educ físico	Estag	Serv. Geral
Rio Tavares	3+3p	2	2	5	0	2	1	11	1/3	1/5	1/6	0	1	0
Fazenda do Rio Tavares	1+4p	2	1	6	0	2	½	10	1/3	1/5	1/6	1	1	0
Campeche	6p	2	1	3	1	2	½	09	0	1/8	1/7	0	0	1
Tapera	4+6p	6	2	7+1p	0	1	2	20	¼	1/8	1/7	0	1	1
Alto Ribeirão	2+4p	0	1	4	0	1	1	07	¼	1/8	1/7	0	1	1
Ribeirão	1+4p	1p	1	2+1p	0	1	1	03	¼	1/8	1/7	0	2	0
Carianos	3+8p	2+2p	2+1p	4+2p	1+2p	2+1p	2+2p	12+6p	1/3	1/5	1/6	0	2	1
Saco Limões	4+6p	4+1p	1	2+4p	5+1p	3+2p	1+2p	21+5p	0	1/5	1/6	0	0	0
Costeira	6p	2p	1+1p	5p	2p	3p	2p	6+11p	0	1/5	1/6	0	0	1
Pântano Sul	1+4p	0	2	3	0	1	1	7	0	1/8	1/7	0	0	1
Armação	1+6p	4	1	4	0	1	1	7	0	1/8	1/7	0	0	2
Cateira Barra do Sul	1+10	1	1	1	1	0	0	5	¼	1/8	00	0	0	2
Morro das Pedras	2+5p	2	1	2	2	1	0	9	0	1/8	1/7	0	1	1

Observações:

- 1) A letra "p" após o número de funcionários significa tempo de dedicação parcial naquela unidade.
- 2) O Centro de Saúde da Costeira encontrava-se em reforma, estando seus funcionários divididos entre Carianos e Saco dos Limões na data deste levantamento pelo SIGRH da Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2010.

**APÊNDICE B****Tabela 2 – Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Leste**



Tabela 2 - Distribuição dos 278 Funcionários do Distrito Sanitário Leste por Centro de Saúde

Distrito Sanitário Leste Centros de Saúde	Médico	Enferm	Dentista	Técnico enferm.	Auxiliar enferm.	Técnico admin.	ACO	ACS	Psic	Nutric	Farmac	Educ físico	Estag.	Serv. Geral
Lagoa da Conceição	7+3p	3	2	6	2	3	1	10	0	0	1	½	0	0
Canto da Lagoa	1+1p	1	1	1	1	1	0	03	0	0	1/8	½	0	0
Costa da Lagoa	1	1	1	2	2	0	0	03	0	0	1/8	½	0	0
Córrego Grande	2+2p	2+1p	1+1p	5	1	2	1	08	1/5	1	1/8	½	1	1
Barra da Lagoa	2	2	1	1	2	0	1	08	0	0	1/8	½	0	0
Saco Grande	11	7	5	9	0	4	4	31	1/5	0	1/8	½	1	2
Itacorubi	0	1/2	1/2	0	0	0	0	14	1/5	0	1/8	½	0	0
João Paulo	1	1	1	2	2	1	1	01	1/5	0	1/8	½	1	0
Pantanal	4	2	2	5	1	2	1	04	1/5	0	1/8	½	1	0

Observações:

- 1) A letra "p" após o número de funcionários significa tempo de dedicação parcial naquela unidade.
- 2) Neste distrito foram encontradas categorias extras: Assistente social, dividido por todas as unidades; no CS do Saco Grande: agente de portaria, atendente de saúde pública, técnico em higiene dental e técnico de laboratório; no Córrego Grande outro profissional de nível superior não especificado; no Pantanal um professor sem especificação da área de atuação.

**APÊNDICE C****Tabela 3 – Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Norte**

Tabela 3 - Distribuição dos 308 Funcionários do Distrito Sanitário Norte por Centro de Saúde

Distrito Sanitário Norte Centros Saúde	Médico	Enferm	Dentista	Técnico enferm.	Auxiliar enferm.	Técnico admin.	ACO	ACS	Psic	Nutric	Farmac	Educação físico	Estag.	Serv. Geral
Rio Vermelho	1+3p	2+1p	3	6+1p	0	1	1	16	1/5	1/10	0	0	1	1
Canavieiras	3+4p	4	2	5	2	3	1	14	1/5	1/10	0	0	0	1
Inglês	5+4p	4	4	9	2	1	1	18	1/5	1/10	0	1/3	1	2
Ponta das Canas	1+3p	2	1	2	2	0	0	6	1/5	1/10	0	1/3	1	0
Cachoeira Bon Jesus	3+3p	1p	1	4	0	3	1	09	1/5	1/10	0	0	0	0
Vargem Grande	1+4p	1	1	4	2	1	0	05	1/5	1/10	0	1/3	0	0
Jurere	2+2p	1	2	2	1	1	2	06	1/5	1/10	0	0	0	0
Rafones	1+4p	1	1	2	0	1	0	07	1/5	1/10	0	0	0	0
Vargem Pequena	5p	2	1	1	0	0	0	03	1/5	1/10	0	0	1	0
Santo Antonio de Lisboa	2+3p	2	2	2	1	1	0	10	1/5	1/10	0	0	0	0
Santinho	2+1p	0	2	2	2	1	0	07	00	00	0	0	0	0

Observação: A letra “p” após o número de funcionários significa tempo de dedicação parcial naquela unidade.

**APÊNDICE D****Tabela 4 – Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Continente**

Tabela 4 - Distribuição dos 440 Funcionários do Distrito Sanitário Continente por Centro de Saúde

Distrito Sanitário Continente - CS	Médico	Enferm	Dentista	Técnico enferm.	Auxiliar enferm.	Técnico admin.	ACO	ACS	Psc	Nutric	Farmac	Educ físico	Estag.	Serv. Geral
Colônia	5+4p	2+1p	2+5p	4	0	2	3	7	¼	1/6	1/6	1/6	0	1
Sapé	4+3p	1	3+1p	4	4	2	2	13	¼	1/6	1/6	1/6	0	1
Vila Aparecida	3+2p	1	1	1	2	1	2	08	¼	1/6	1/6	1/6	0	0
Estreito	3+4p	2	2+1p	10	1	3	1	14	¼	1/6	1/6	1/6	0	2
Balneário	3+2p	2	1	2	4	2	1	13	¼	1/6	1/6	1/6	0	0
Monte Cristo	7+5p	3	6	8	0	1	2	31	¼	1/6	1/6	1/6	3	1
Capoeiras	3+2p	1+1p	2	7	1	1	2	16	¼	1/6	1/6	1/6	0	2
Abraão	3+5p	5+3p	1+3p	3+1p	3	2+1p	2	22	¼	1/6	1/6	1/6	0	1
Jardim Atlântico	2p	0	0	0	0	0	0	0	¼	1/6	1/6	1/6	0	0
Morro da Caixa	1+2p	1	1+1p	3	0	1+1p	0	07	¼	1/6	1/6	1/6	0	2
Centro de Saúde I	2+3p	1+1p	2	5	1	6	0	08	¼	1/6	1/6	1/6	0	2

Observações:

- 1) A letra "p" após o número de funcionários significa tempo de dedicação parcial naquela unidade.
- 2) Foram encontradas as categorias extras de: assistente social no Centro de Saúde I; vigias nas unidades: Estreito, Centro de Saúde I e Morro da Caixa; fiscal sanitário na Colônia; auxiliar de operação e serviços no Abraão; técnico de atendimento em saúde no Centro de Saúde I.
- 3) O Centro de Saúde do Jardim Atlântico encontrava-se em reforma, na data deste levantamento pelo SIGRH da Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2010.

**APÊNDICE E**

**Tabela 5 – Distribuição dos profissionais do Distrito Sanitário Centro**

Tabela 5 - Distribuição dos 232 Funcionários do Distrito Sanitário do Centro por Centro de Saúde

Distrito Sanitário Contigente - CS	Médico	Enferm	Dentista	Técnico enferm.	Auxiliar enferm.	Técnico admin.	ACO	ACS	Psic	Nutric	Farmac	Fono	Estag.	Serv. Geral
Centro de Saúde I	5+1p	4	3	6	1	3	1	21	1	1/6	0	0	0	0
Praia	5+2p	3	3	7	1	4	2	12	1/2	1/6	0	1/4	1	2
Trindade	10	5	5	9	0	4	1	13	0	1/6	2	1/4	0	1
Monte Serrat	2+2p	4	2	5	1	3	0	11	1/2	1/6	0	1/4	1	3
Agronômica	9+3p	4	4	8	1	5	1	17	0	1/6	0	1/4	0	1

Observações:

- 1) A letra "p" após o número de funcionários significa: tempo de dedicação parcial naquela unidade.
- 2) Foi encontrada a categoria extra de analista técnico de gestão e promoção de saúde na unidade da Trindade.

## **APÊNDICE F**

### **Carta de Apresentação e Solicitação de Participação**



Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Psicologia

### CARTA DE APRESENTAÇÃO E SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Meu nome é Selma Aparecida Caselli Martins, aluna do Mestrado em Psicologia, na área de concentração: Práticas Sociais e Constituição do Sujeito. Pretendo desenvolver a pesquisa intitulada: “SENTIDOS DO TRABALHO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS” sob a orientação da Profa Dra Edite Krawulski. A pesquisa terá como objetivos: compreender os sentidos que profissionais da atenção básica à saúde do município de Florianópolis atribuem ao seu trabalho no cotidiano dos centros de saúde; identificar a trajetória profissional desses sujeitos, incluindo sua formação e capacitação; identificar suas concepções e sentimentos acerca de seu trabalho no Centro de Saúde; identificar que concepções do discurso oficial das Políticas Públicas estão presentes no discurso acerca da prática destes profissionais.

Este estudo justifica-se, se levarmos em conta a centralidade e as particularidades do trabalho dos profissionais da saúde, especialmente da atenção básica, o qual é norteado na sua totalidade por Políticas Públicas de Saúde.

Venho através desta, solicitar sua contribuição como coordenador de Unidade de Saúde, no sentido de permitir a apresentação da proposta de estudo aos profissionais selecionados para a coleta de informações, com a finalidade de participarem de um procedimento padrão estruturado na forma de entrevista.

Informo que o estudo já foi qualificado por banca examinadora da UFSC em 15/12/2009 e aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSC como consentido pela Comissão que trata de assuntos referentes às pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde, conforme documento em anexo. Maiores esclarecimentos poderão ser prestados diretamente por mim, através dos telefones: 48-38794269 e 48-99809536. Desde já, agradeço pela atenção e colaboração.

Florianópolis, abril de 2010.

---

Profa Dra Edite Krawulski  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia/ UFSC

---

Selma Ap. Caselli Martins  
Psicóloga CRP12/02805  
Mestranda em Psicologia/UFSC

## **APÊNDICE G**

### **Roteiro de Entrevista Semi-estruturada**

Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Psicologia

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### 1ª Parte:

Apresentação da pesquisa e da pesquisadora  
Esclarecimentos sobre os objetivos da Pesquisa

#### 2ª Parte:

Características dos sujeitos:  
Idade, formação acadêmica (fundamental, médio, superior), local, tempo de formado, tempo de serviço na PMF, forma de ingresso (concurso, contrato temporário, CLT)  
Trajetória no trabalho até aqui  
Formação e capacitação para o trabalho na Atenção Básica e PSF  
Fatos marcantes desta trajetória

#### 3ª Parte:

Qual o Sentido do trabalho de um modo geral para você?  
Que sentidos este trabalho têm para você?  
Como define o seu trabalho aqui?  
Como se sente realizando o seu trabalho no dia-a-dia?  
Como é um dia típico de trabalho seu no Centro de Saúde?

#### 4ª Parte:

O que você conhece sobre as Políticas Públicas de Saúde (diretrizes, normas, orientações) que norteiam o trabalho do SUS/PSF?  
De que palavras ou frases você se lembra quando se fala disso? Onde você aprendeu a respeito?  
O que vc consegue colocar em pratica no dia-a dia do seu trabalho? Quais os aspectos positivos do trabalho? E os negativos?  
O que vc não consegue colocar em prática? por que? Quais as maiores dificuldades?  
Qual a sua impressão geral sobre o trabalho que é realizado na atenção básica no âmbito o PSF? Como tem visto a inserção dos NASFs?

## **APÊNDICE H**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Psicologia

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Selma Aparecida Caselli Martins. Realizo mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia como pesquisadora principal no projeto de pesquisa “Sentidos do trabalho por profissionais da atenção básica à saúde do município de Florianópolis”, sob orientação da Profa. Dra. Edite Krawulski, pesquisadora responsável. A pesquisa terá como objetivos: compreender os sentidos que profissionais da atenção básica à saúde do município de Florianópolis atribuem ao seu trabalho no cotidiano dos centros de saúde; identificar a trajetória profissional desses sujeitos, incluindo sua formação e capacitação; identificar suas concepções e sentimentos acerca de seu trabalho no Centro de Saúde; identificar que concepções do discurso oficial das Políticas Públicas estão presentes no discurso acerca da prática destes profissionais.

Este estudo justifica-se, se levarmos em conta a centralidade e as particularidades do trabalho dos profissionais da saúde, especialmente da atenção básica, o qual é norteado na sua totalidade por Políticas Públicas de Saúde.

Convido-o (a) a participar desta pesquisa, na qual será utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada aplicado individualmente. O critério principal para participar da pesquisa é ser profissional da atenção básica e ter disponibilidade para a entrevista, em horário a ser combinado previamente. A entrevista será gravada, para posterior transcrição e melhor aproveitamento das informações.

O sigilo quanto ao nome dos participantes será mantido, e as declarações prestadas só serão utilizadas para os objetivos deste estudo. Se surgir alguma dúvida quanto à pesquisa, ou mesmo desejo de desistência, solicito entrar em contato comigo nos telefones: 48-38794269 ou 48-99809536

Selma Aparecida Caselli Martins

---

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que:

- Todos os dados coletados só serão utilizados para esta pesquisa e para a divulgação acadêmica de seus resultados. Sendo que na divulgação dos resultados não serão divulgados os nomes dos participantes da pesquisa.
- Não existem riscos em potencial para os (as) participantes da pesquisa.
- Fui esclarecido quanto aos procedimentos desta pesquisa e caso tenha alguma dúvida quanto ao estudo (procedimentos, riscos, benefícios ou qualquer outra dúvida), terei o direito de esclarecimentos por parte do pesquisador.
- A participação nesta pesquisa é voluntária e a desistência em qualquer momento será aceita sem penalidades.
- Não haverá custo algum para o participante da pesquisa.
- Os benefícios recebidos pelos participantes, serão em termos de produção de conhecimentos sobre a temática relacionada às particularidades do trabalho na atenção básica à saúde.

Tendo em vista estes esclarecimentos prévios, concordo em participar da pesquisa intitulada: “Sentidos do trabalho para profissionais da Atenção Básica a Saúde no município de Florianópolis” e autorizo que meus dados, exceto meu nome, sejam utilizados na produção e divulgação da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2010.

\_\_\_\_\_  
e-mail para contato: \_\_\_\_\_

telefones para contato: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO A**

**Ata do Exame de Qualificação do Projeto de Pesquisa**





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**  
Campus Universitário – Trindade  
CEP: 88040-900 – Florianópolis – Santa Catarina  
Fone/Fax: (048) 3721-9984  
<http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/> e-mail: [ppgpufsc@gmail.br](mailto:ppgpufsc@gmail.br)

### ATA EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE PROJETO DE DISSERTAÇÃO

Área de Concentração: Práticas Sociais e Constituição do Sujeito

Turma: 2009

**Mestrando: Selma Aparecida Caselli Martins**

**TÍTULO: “Sentidos do trabalho para profissionais da atenção básica à saúde no município de Florianópolis”**

Comissão Examinadora:

- Dr<sup>a</sup>. Edite Krawulski (PPGP/UFSC-Orientadora)  
Dr<sup>a</sup>. Jadete Rodrigues Gonçalves (PSI/UFSC-Examinadora)  
Dr<sup>a</sup>. Maria Chalfin Coutinho (PPGP/UFSC -Examinadora)  
Dr<sup>a</sup>. Zuleica Maria Patrício (UFSC – Examinadora)

Aos quinze dias do mês de dezembro do ano de dois mil e nove, na cidade de Florianópolis-SC, às 14:30 horas, na Sala 611 do CED da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com o Art. 41 do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, reuniu-se a Banca examinadora do Exame de Qualificação de Projeto de Dissertação da Mestranda Selma Aparecida Caselli Martins, para a arguição do trabalho escrito, intitulado: “**Sentidos do trabalho para profissionais da atenção básica à saúde no município de Florianópolis**”. A Banca foi composta pelos seguintes professores: Edite Krawulski - Orientadora, Dr<sup>a</sup>. Jadete Rodrigues Gonçalves-Examinadora, Dr<sup>a</sup> Maria Chalfin Coutinho- Examinadora, Dr<sup>a</sup>. Zuleica Maria Patrício- Examinadora. Aberta a sessão, a Banca Examinadora passou a palavra a mestranda para expor seu projeto de Dissertação. Após foi argüido pelos membros da banca examinadora. Ouvidas as explicações da mestranda, a Banca examinadora considerou o projeto de Dissertação da mestranda APROVADO no Exame de Qualificação. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e, tendo sido lida e considerada conforme, foi a presente ata assinada por todos os membros da Banca examinadora e pela mestranda.

Dr<sup>a</sup>. Edite Krawulski Edite Krawulski  
Dr<sup>a</sup>. Jadete Rodrigues Gonçalves Jadete R. Gonçalves  
Dr<sup>a</sup>. Maria Chalfin Coutinho Maria Chalfin Coutinho  
Dr<sup>a</sup>. Zuleica Maria Patrício Zuleica M. Patrício  
Mestranda: Selma Aparecida Caselli Martins Selma A.C. Martins

**ANEXO B**

**Declaração de Consentimento Comissão de Pesquisa da SMS/PMF**



**Prefeitura Municipal de Florianópolis**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Sentidos do trabalho para profissionais da atenção básica à saúde no município de Florianópolis”** da pesquisadora responsável Edite Krawulski, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP/UFSC.

Florianópolis, 23/12/2009.

Marjnes Terezinha Reibnitz  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

## **ANEXO C**

**Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 563

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

PROCESSO: 563

FR: 309/13

**TÍTULO:** SENTIDOS DO TRABALHO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

**AUTOR:** Edite Krawulski, SELMA APARECIDA CASELLI MARTINS

FLORIANÓPOLIS, 22 de Fevereiro de 2010.

---

Coordenador do CEPSH UFSC